

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**STRESS PARENTAL E PRÁTICAS PARENTAIS EM  
MÃES DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE  
HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO**

**Vanessa Alexandra Bernardo Santos**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia  
Clínica Dinâmica)

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**STRESS PARENTAL E PRÁTICAS PARENTAIS EM  
MÃES DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE  
HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO**

**Vanessa Alexandra Bernardo Santos**

**Dissertação Orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Salomé Vieira Santos**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia  
Clínica Dinâmica)

2008



## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar o meu profundo e sincero agradecimento a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Salomé Vieira Santos, orientadora do trabalho, pelo seu apoio científico e “moral”, e pela disponibilidade que sempre soube demonstrar ao longo de todo o processo.

À Mestre Maria João Pimentel pelo permanente apoio e incentivo manifestado ao longo da realização deste trabalho.

À Equipa da Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia por toda a colaboração dispensada para a viabilização do trabalho de campo subjacente ao estudo.

A todas as mães que participaram neste estudo, pela sua disponibilidade e por terem partilhado comigo as suas experiências relativas à educação dos filhos.

Ao meu namorado, pais, familiares e amigos que me apoiaram e incentivaram nos momentos difíceis e que partilharam comigo as alegrias na realização deste trabalho.



## Resumo:

O presente estudo tem quatro objectivos principais: (1) caracterizar o funcionamento parental (*stress* e práticas) de mães de crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA); (2) caracterizar a percepção das mães em relação a áreas específicas da vida da criança (problema, desenvolvimento, comportamento, aproveitamento escolar e relação com pares); (3) analisar a relação do *stress* parental e das práticas parentais com variáveis relativas ao problema, à criança, e à mãe; (4) analisar a relação entre o *stress* parental e as práticas. Participaram no estudo 30 mães de crianças com PHDA (idades entre 7 e 12 anos; 20 do sexo masculino). Utilizaram-se dois questionários, o Índice de *Stress* Parental e o EMBU-P, para avaliar, respectivamente, o *stress* parental e as práticas parentais, tendo sido ainda construída uma Ficha de Recolha de Informação (sócio-demográfica, referente ao problema, à criança e à percepção da mães em diferentes áreas da vida da criança). Os resultados mostram que as mães de crianças com PHDA, comparativamente com as amostras dos estudos de adaptação dos instrumentos, experimentam níveis mais elevados de *stress* (associados com características da criança) e recorrem menos a práticas de controlo. As práticas parentais não diferem em função do sexo ou idade das crianças, mas há algumas diferenças no caso do *stress* parental. A maioria das mães tem uma percepção positiva da criança em diferentes áreas, relacionando-se o *stress* parental e as práticas com algumas destas percepções e com variáveis relativas ao problema e à criança. Adicionalmente, as mães que experimentam níveis mais elevados de *stress* associados com características da criança utilizam mais práticas parentais de rejeição. Os resultados obtidos sugerem a pertinência de se atender, na população visada, ao *stress* parental experimentado e ao tipo de práticas educativas, dadas as suas potenciais consequências adversas para o desenvolvimento da criança.

Palavras-Chave: *Stress* Parental; Práticas Parentais; PHDA; Crianças.

#### Abstract:

The four main aims of this study are as follows: (1) to characterize the parental functioning (parenting stress and parenting practices) of mothers of children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); (2) to characterize mothers' perceptions related to specific areas of the child's life (problem, development, behaviour, school achievement and peer relationships); (3) to analyze the relationship between parenting stress and practices with problem, child and mother-related variables; (4) to analyze the relationship between parental stress and parental practices. 30 mothers of children with ADHD (aged 7-12; 20 male) participated in the study. The Portuguese adaptations of the Parenting Stress Index (PSI) and EMBU-P were used to assess both parenting stress and parenting practices. A form was also created in order to obtain socio-demographic information and information related to the child, the child's problem and the mother's perception of specific areas of the child's life. In comparison with the samples of the Portuguese adaptation of the instruments used, the results show that mothers of ADHD children experienced higher levels of parenting stress (related to the child's characteristics) and used less parenting control practices. Parenting practices do not differ on the basis of the child's age or gender, but there are some differences in the case of parenting stress. The majority of mothers have a positive perception of their children in different areas of their lives. Parenting stress and practices are associated with some of these perceptions and also with problem and child-related variables. Furthermore, mothers who experience higher levels of stress related to the child's characteristics use more parenting rejection practices. The results obtained suggest the importance of taking into account the type of educational practices and parenting stress experienced by this target population, given their potential adverse effects on the child's development.

Key-Words: Parenting Stress, Parenting Practices, ADHD, Children.

## ÍNDICE

<b>Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1: Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA).....</b>	<b>13</b>
1.1 Definição .....	13
1.2 Etiologia .....	15
1.2.1 Perspectiva Neuropsicológica .....	15
1.2.2 Perspectiva Psicodinâmica .....	17
1.3 Co-morbilidade.....	19
1.3.1 Problemas Psiquiátricos Associados à PHDA .....	19
1.3.2 Problemas do Desenvolvimento Associados à PHDA .....	19
<b>Capítulo 2: Parentalidade: Stress e Práticas Parentais .....</b>	<b>20</b>
2.1 Stress Parental .....	20
2.2 Práticas Parentais.....	25
2.3 Stress Parental e Práticas Parentais .....	28
<b>Capítulo 3: Objectivos e Hipóteses .....</b>	<b>29</b>
3.1 Objectivos .....	29
3.2 Hipóteses .....	30
<b>Capítulo 4: Método.....</b>	<b>32</b>
4.1 Participantes .....	32
4.1.1 Caracterização das Mães .....	32
4.1.2 Caracterização das Crianças-alvo.....	33
4.1.3 Caracterização de Aspectos Relativos ao Problema da Criança .....	35
4.2 Instrumentos .....	35
4.2.1 Índice de <i>Stress</i> Parental.....	35
4.2.2 EMBU-P .....	37
4.2.3 Ficha de Recolha de Informação .....	38
4.3 Procedimento.....	40
4.4 Procedimentos Estatísticos.....	41



<b>Capítulo 5: Resultados .....</b>	<b>41</b>
5.1 Caracterização do Funcionamento Parental ( <i>Stress</i> Parental e Práticas Parentais) das Mães de Crianças com PHDA .....	41
5.2 Caracterização da Percepção das Mães em Relação a Áreas Específicas: Problema da Criança, Desenvolvimento, Comportamento, Aproveitamento Escolar e Relação com os Pares .....	46
5.3 Relação entre o Funcionamento Parental ( <i>Stress</i> Parental e Práticas Parentais) e Variáveis Relativas ao Problema, à Criança e à Mãe (Percepção das Mães em Diferentes Áreas e Variáveis Sócio-demográficas) .....	48
5.4 Relação entre o <i>Stress</i> Parental e as Práticas Parentais.....	52
 <b>Capítulo 6: Discussão de Resultados .....</b>	<b>53</b>
6.1 Funcionamento Parental ( <i>Stress</i> Parental e Práticas Parentais) nas Mães de Crianças com PHDA .....	53
6.1.1 <i>Stress</i> Parental .....	53
6.1.2 Práticas Parentais.....	56
6.2 Percepção das Mães em Relação a Áreas Específicas: Problema da Criança, Desenvolvimento, Comportamento, Aproveitamento Escolar e Relação com os Pares .....	58
6.3 Relação entre o Funcionamento Parental ( <i>Stress</i> Parental e Práticas Parentais) e Variáveis Relativas ao Problema, à Criança e à Mãe (Percepção das Mães em Diferentes Áreas e Variáveis Sócio-demográficas) .....	59
6.3.1 Relação com o <i>Stress</i> Parental.....	59
6.3.2 Relação com as Práticas Parentais.....	63
6.4 Relação entre o <i>Stress</i> Parental e as Práticas Parentais .....	64
 <b>Conclusão .....</b>	<b>65</b>
 <b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>69</b>
 <b>Anexos .....</b>	<b>79</b>

## ÍNDICE DOS QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Critérios de Diagnóstico para a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção .....	14
<b>Quadro 2.</b> Grau de Escolaridade das Mães – Frequências e Percentagens .....	32
<b>Quadro 3.</b> Classe Social – Frequências e Percentagens .....	33
<b>Quadro 4.</b> Constituição do Agregado Familiar – Frequências e Percentagens .....	33
<b>Quadro 5.</b> Ano de Escolaridade da Criança – Frequências e Percentagens .....	34
<b>Quadro 6.</b> Tipos de PHDA – Frequências e Percentagens.....	35
<b>Quadro 7.</b> ISP – Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) e Valores de t (Comparação das Respostas das Mães das Crianças com PHDA com as da Amostra Normativa do ISP).....	42
<b>Quadro 8.</b> EMBU-P – Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) e Valores de t (Comparação das Respostas das Mães das Crianças com PHDA com as da Amostra do Estudo de Adaptação do EMBU-P) .....	43
<b>Quadro 9.</b> ISP – Comparação dos Resultados em Função do Sexo da Criança.....	44
<b>Quadro 10.</b> ISP – Comparação dos Resultados em Função da Idade da Criança (Teste Kruskal-Wallis para Três Amostras Independentes).....	45
<b>Quadro 11.</b> EMBU-P – Comparação dos Resultados em Função da Idade da Criança (Teste Kruskal-Wallis para Três Amostras Independentes).....	45
<b>Quadro 12.</b> Forma como as Mães Lidaram com o Diagnóstico .....	46
<b>Quadro 13.</b> Forma como as Mães Lidam Actualmente com o Problema .....	46
<b>Quadro 14.</b> Percepção das Mães Face ao Desenvolvimento da Criança .....	47
<b>Quadro 15.</b> Percepção das Mães Face ao Comportamento da Criança.....	47
<b>Quadro 16.</b> Percepção das Mães Face ao Aproveitamento Escolar da Criança.....	47
<b>Quadro 17.</b> Percepção das Mães Face à Forma como a Criança se Relaciona com os Pares .....	47
<b>Quadro 18.</b> Correlações entre o <i>Stress</i> Parental (Subescalas e Domínios) e Variáveis Associadas ao Problema.....	48
<b>Quadro 19.</b> Correlações entre as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo) e Variáveis Associadas ao Problema .....	49
<b>Quadro 20.</b> Correlações entre o <i>Stress</i> Parental (Subescalas e Domínios) e Variáveis Relativas à Criança.....	49
<b>Quadro 21.</b> Correlações entre as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo) e Variáveis Relativas à Criança .....	50

<b>Quadro 22.</b> Correlações entre as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo) e Variáveis Sócio-demográficas.....	50
<b>Quadro 23.</b> Correlações entre o <i>Stress</i> Parental (Subescalas e Domínios) e a Percepção das Mães Relativamente a Diferentes Áreas na Vida da Criança.....	51
<b>Quadro 24.</b> Correlações entre as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo) e a Percepção das Mães Relativamente a Diferentes Áreas na Vida da Criança.....	51
<b>Quadro 25.</b> Correlações entre o <i>Stress</i> Parental (Subescalas e Domínios) e as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo).....	52

## ÍNDICE DOS ANEXOS

**Anexo 1.** Ficha de Recolha de Informação

**Anexo 2.** Quadros Referentes aos Resultados

## INTRODUÇÃO

---

O presente trabalho centra-se no funcionamento parental, mais especificamente no *stress* parental e nas práticas educativas, em mães de crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA). A eleição desta temática decorre, principalmente, do facto de se constatar que, na prática clínica em contexto pediátrico, as queixas dos pais associadas a perturbações que se enquadram no espectro dos comportamentos externalizantes têm vindo a aumentar, constituindo-se a PHDA (incluída na referida categoria) como uma das patologias mais diagnosticadas em Saúde Mental Infantil (Dieudonné, 2004). Para além disso, salienta-se que as crianças com PHDA aparentam possuir maior propensão para desenvolver comportamentos de risco, por exemplo comportamento delinquente ou abuso de substâncias, comparativamente com crianças sem essa perturbação (e.g., King, Iacono, & McGue, 2004; Moser & Doreleijers, 2007).

Perante os sintomas subjacentes à PHDA, como a hipercinésia e a desatenção, os pais sentem-se muitas vezes cansados e incapazes de compreender o comportamento dos filhos. Os estudos referentes ao grau de dificuldade experimentado pelos pais no que se refere ao *stress* parental, embora escassos, têm vindo a demonstrar que os pais e as mães de crianças com PHDA apresentam níveis de *stress* mais elevados comparativamente com as figuras parentais de crianças sem essa perturbação (ver Johnston & Mash, 2001).

Na literatura existente sobre esta temática, o tipo de práticas parentais configura-se como tendo também um impacto importante nos comportamentos manifestados pela criança. Por exemplo, a investigação tem demonstrado que o recurso a práticas parentais negativas parece constituir-se como um factor de risco para o desenvolvimento de comportamentos externalizantes (ver Johnston & Mash, 2001). Por seu turno, o recurso a práticas parentais positivas surge como um factor protector na medida em que está associado a comportamentos de melhor adaptação social (e.g., Chronis, et al., 2007).

Adicionalmente, tem-se verificado que os pais e as mães de crianças com PHDA recorrem a práticas parentais mais negativas em relação aos filhos, comparativamente com os de crianças sem perturbação (ver Johnston & Mash, 2001).

Finalmente, segundo vários autores (e.g., Deater-Deckard, 1998; Hastings, 2002), o *stress* parental tem um impacto nas práticas parentais que, por sua vez, como já foi referido, influem no comportamento e desenvolvimento das crianças. Porém, não se encontram trabalhos empíricos que explorem a relação entre o *stress* parental e as práticas parentais nas

famílias de crianças com PHDA. Este aspecto constitui-se como uma limitação importante na literatura existente tendo em conta as consequências nefastas do funcionamento parental na criança com PHDA, no que se refere ao aparecimento, amplificação ou enfraquecimento dos sintomas subjacentes a esta perturbação (ver Johnston & Mash, 2001).

Nesta sequência, pretende-se caracterizar o funcionamento parental (*stress* parental e práticas parentais) nas mães de crianças com PHDA e analisar a relação entre o *stress* parental e as práticas parentais. Para além disso, pretende-se caracterizar a percepção das mães em relação a áreas específicas da vida da criança (problema da criança, desenvolvimento, comportamento, aproveitamento escolar e relação com os pares) e analisar a relação entre o funcionamento parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais) e variáveis relativas ao problema, à criança e à mãe.

O presente estudo está organizado em seis Capítulos. No primeiro Capítulo, começa por se definir a PHDA, abordando-se depois a sua etiologia e as doenças que co-existem frequentemente com esta perturbação.

O segundo Capítulo, dirigido para a parentalidade, está dividido em três pontos. Inicia-se com a caracterização do *stress* parental e a referência a estudos empíricos associados à temática, utilizando-se no ponto seguinte, relativo às práticas parentais, idêntico procedimento na organização do ponto. Por último, aborda-se a relação entre o *stress* parental e as práticas parentais, focalizando-se a investigação existente na área.

No terceiro Capítulo, são apresentados os objectivos gerais e específicos definidos para o presente trabalho, bem como as hipóteses elaboradas.

No Capítulo seguinte é descrita a metodologia do trabalho, procedendo-se à caracterização dos participantes, e à descrição dos instrumentos utilizados, do procedimento e dos procedimentos estatísticos.

No quinto e sexto Capítulos apresentam-se, respectivamente, a análise de resultados e a sua discussão.

Do último Capítulo constam as conclusões do estudo, referem-se as limitações do mesmo e sugerem-se investigações futuras.

## CAPÍTULO 1: PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

---

### 1.1 Definição

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) consiste numa patologia do foro psiquiátrico que tem início na infância. Afecta 3 a 7% das crianças em idade escolar (American Psychiatric Association [APA], 2000/2002) e, em 30% a 50% dos casos, a sintomatologia perdura até à idade adulta (ver Bugalho, Correa, & Viana-Baptista, 2006). O interesse relativo a este distúrbio tem vindo a aumentar devido à sua incidência em contexto clínico e às dificuldades que estas crianças experienciam em contexto familiar, escolar e social. Revela-se, por isso, necessária uma melhor compreensão deste distúrbio, dos factores que influenciam a sua expressão sintomática e das suas consequências na criança e no ambiente familiar.

É com George Still, que surgem as primeiras publicações científicas sobre as crianças hiperactivas, descrevendo-as ele como possuindo um défice no controlo moral de origem hereditária (Still, 1902, cit. por Barkley, 2002). A partir da década de 50, a atenção atribuída aos factores etiológicos é desviada para as manifestações comportamentais específicas como a irrequietude motora e a impulsividade, surgindo a designação Reacção Hipercinética da Infância na segunda edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* publicado em 1968 (ver Barkley, 2002).

Nos anos 70, Douglas (1970, cit. por Barkley, 2002) salienta as dificuldades ao nível da atenção prolongada e do controlo dos impulsos, para além dos sintomas hiperactivos já mencionados. Deste modo, na terceira edição do DSM, de 1980, surge uma nova designação Distúrbio de Défice de Atenção e Hiperactividade, sendo que nesta abordagem a hiperactividade é um elemento secundário no diagnóstico (ver Barkley, 2002).

Na década seguinte, as investigações realizadas retomam a hiperactividade como elemento central no diagnóstico, em conjunto com os problemas de atenção e impulsividade. Assim, a concepção consagrada no DSM-III-R, de 1987, engloba como parte integrante deste problema três grandes grupos de sintomas – a falta de atenção, a hiperactividade e a impulsividade –, designando-o Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) (ver Barkley, 2002).

Actualmente, a nomenclatura mantém-se e, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002), o diagnóstico de PHDA é atribuído a crianças que manifestem um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade inadequados ao seu nível de desenvolvimento e em que os sintomas tenham surgido antes dos 7 anos de idade. Os problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer em pelo menos dois contextos em que a criança está inserida (por exemplo, em casa e na escola) e deve verificar-se um défice clinicamente significativo do funcionamento social e académico (Idem). Os critérios de diagnóstico da PHDA, de acordo com o DSM-IV-TR, são apresentados no Quadro 1 (ver APA, 2000/2002, pp. 92-93).

### Quadro 1

#### Crítérios de Diagnóstico para a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção

- 
- “ A. 1) ou 2):
- 1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:  
*Falta de atenção*
    - a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;
    - b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;
    - c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;
    - d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
    - e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades;
    - f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
    - g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
    - h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
    - i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.
  - 2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade-impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:  
*Hiperactividade*
    - a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
    - b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
    - c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);
    - d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
    - e) com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”;
    - f) com frequência fala em excesso;*Impulsividade*
    - a) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
    - b) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
    - c) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos);
- B. Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.  
 C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em 2 ou mais contextos [por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa].  
 D. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.  
 E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

*Codificação baseada no tipo:*

**314.01 Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Misto [F90.0]:** se estão preenchidos os Critério A1 e A2 durante os últimos 6 meses.

**314.01 Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F90.0]:** se o critério A1 está preenchido mas não o Critério A2 durante os últimos 6 meses.

**314.01 Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo [F90.0]:** se o critério A2 está preenchido mas não o critério A1 durante os últimos 6 meses.”

---

## **1.2 Etiologia**

As causas concretas responsáveis pela PHDA ainda não estão estabelecidas de modo claro. Alguns autores apontam para factores genéticos, outros preferem salientar os factores ambientais. Certo é que em qualquer dos casos existe consenso perante o facto da sua génese ser multifactorial.

Apresentam-se em seguida a perspectiva Neuropsicológica, com ênfase no Modelo Neuropsicológico de Barkley (1997), e a perspectiva psicodinâmica como quadros teóricos explicativos das causas da PHDA.

### **1.2.1 Perspectiva Neuropsicológica**

O foco tem sido progressivamente atribuído aos problemas ao nível da inibição do comportamento e da atenção prolongada, não obstante a controvérsia relativamente à identificação dos défices centrais na PHDA (Barkley et al., 2002).

Barkley (1997) propõe um modelo neuropsicológico que tem como elementos basilares a capacidade de inibição comportamental e de auto-regulação, e as áreas de funcionamento executivo, e permite explicar os subtipos Misto e Predominantemente Hiperactivo/Impulsivo da PHDA. O autor defende a existência de um défice ao nível da inibição do agir que tem como consequência uma acção inadequada das funções executivas, considerando ainda que este défice é de origem genética ou neurológica, apesar da sua expressão sintomática poder ser influenciada por factores sociais (Idem).

A inibição comportamental, primeira a surgir no percurso de desenvolvimento humano, consiste na capacidade de adiar ou cessar uma resposta a uma tarefa de ordem comportamental ou cognitiva, no sentido de permitir a actuação das funções executivas (Barkley, 1997). Por sua vez, as funções executivas – memória de trabalho não-verbal e verbal, auto-regulação das emoções/motivação e reconstituição – correspondem, segundo o autor, às operações mentais responsáveis pela modificação de uma resposta a um determinado acontecimento de modo a otimizar as consequências a longo prazo relacionadas com esse mesmo acontecimento. Finalmente, a auto-regulação é definida como a capacidade em planear, monitorizar e controlar o comportamento de forma a atingir os objectivos a que o indivíduo se propõe (Idem). Neste sentido, as funções executivas possuem um papel fundamental no desenvolvimento de elementos basilares subjacentes ao processo de auto-regulação: os acontecimentos externos transformam-se em representações mentais; o comportamento, inicialmente controlado pelo meio externo, é progressivamente controlado



pelo próprio indivíduo; o reforço imediato subjuga-se à capacidade para adiar a satisfação do desejo; e a concepção do presente dá lugar à projecção no futuro (Idem).

A memória de trabalho (não-verbal) tem como função a manutenção e tratamento da informação em memória, permitindo planear o comportamento e estabelecer a sequenciação de acontecimentos dirigidos para um objectivo a longo prazo de modo a orientar a execução da resposta a um determinado acontecimento (Barkley, 2002). Assim, a auto-regulação em relação ao tempo surge como consequência da acção conjunta da inibição do agir e da memória de trabalho não-verbal (Idem). O modelo prediz que os défices na inibição comportamental verificados nas crianças com PHDA provocam falhas ao nível da memória de trabalho não-verbal, pelo que surgem formas particulares de esquecimento (esquecer-se de fazer coisas num ponto crítico no tempo) e dificuldades em organizar e executar acções no tempo e em antecipar acontecimentos futuros (Idem).

Por sua vez, a memória de trabalho verbal contribui para a internalização gradual da fala. De facto, a linguagem é inicialmente utilizada para comunicar com os outros e torna-se progressivamente mais silenciosa, privada e auto-dirigida, servindo como meio de reflexão para controlar o seu próprio comportamento (Barkley, 1997). Nas crianças com PHDA supõe-se a existência de um atraso ao nível do processo de “privatização da fala”, o qual resulta numa menor reflexão verbal antes de agir, maior dificuldade em organizar o discurso interior e em controlar o comportamento através dela, assim como em respeitar regras e instruções dadas pelos outros, e maior tendência para verbalizar excessivamente (Idem).

A inibição da resposta inicial a um acontecimento tem como consequência a inibição da resposta emocional que teria despertado – auto-regulação das emoções. Esta capacidade permite à criança reorganizar e modificar o comportamento para que seja adequado à situação em que se encontra (Barkley, 2002). Acrescente-se que a auto-regulação da motivação permite iniciar e persistir numa tarefa ou actividade mesmo que o reforço não seja imediato (Idem). Segundo este modelo, as crianças com PHDA são menos objectivas na selecção da resposta a um determinado acontecimento e possuem mais dificuldade em ter em conta o ponto de vista do outro e em auto-motivar-se no sentido de cumprir os seus objectivos. Para além disso, as suas reacções perante os acontecimentos são excessivamente permeáveis às suas emoções (Idem).

Por último, a reconstituição corresponde à capacidade do indivíduo em dismantelar e recombina sequências comportamentais tendo em conta as contingências ambientais e os obstáculos com que se depara quando procura atingir um objectivo (Barkley, 2002). Esta função está subjacente à diversidade e criatividade no que se refere ao comportamento e à

produção verbal, bem como à capacidade de resolução de problemas (Barkley, 1997). As crianças com PHDA recorrem com menor frequência aos processos de análise e síntese da informação o que dificulta a produção de planos de acção diversificados no sentido de seleccionar aquele que se prevê possuir maior probabilidade de sucesso (Idem). O défice nestes processos é evidente ao nível da fluência verbal, principalmente quando o indivíduo é confrontado com uma tarefa em que deve combinar rápida e eficazmente as palavras em frases e, consequentemente, mensagens com significado (ver Barkley, 1997).

### 1.2.2 Perspectiva Psicodinâmica

João dos Santos refere que a “psicomotricidade é o que no comportamento humano diz respeito à expressão corporal das emoções, sentimentos, vivências, fantasias e pensamentos” (Lobo, 2007, p. 240). Nesta linha de ideias, os quadros teóricos aos quais subjaz a perspectiva dinâmica, consideram que a irrequietude motora se constitui como o reflexo de um sofrimento psíquico que o aparelho mental da criança se revela incapaz de pensar e elaborar (Martins & Rosa, 2005). No que respeita à génese da hiperactividade, parece existir um consenso relativamente ao facto de esta dificuldade ter uma origem muito precoce na vida da criança, isto é, o período da primeira infância destas crianças tende a ser marcado por carências na relação com a figura de amor primário (Berger, 1999/2001; Goldschmidt, 2004; Golse, 2004; Martins & Rosa, 2005; Salgueiro, 2002). Golse (2004) refere que esta perturbação pode advir de uma problemática ao nível da vinculação primária, isto é, de uma falha ao nível do *holding* materno ou ainda ao nível da construção da “pele psíquica”, decorrente da capacidade da figura materna em oferecer-se como continente ao bebé.

Salienta-se, em primeiro lugar, o facto da história relacional destas crianças ser muitas vezes modelada por uma vinculação precária com a figura materna, sendo que estas mães não se revelaram “suficientemente boas” (Berger, 1999/2001). Não prevaleceu na relação primária uma adaptação dos cuidados prestados às necessidades físicas e psíquicas do bebé, nem foi exercida a capacidade de *rêverie* materna (Idem). Por um lado, a persistência de desajustamentos na relação diádica primária e o incumprimento sistemático das expectativas da criança, leva ao aparecimento de um sentimento de falta de confiança relativamente à figura materna – designado por Salgueiro (2004) como “desconfiança básica”. Este contexto relacional não se revela, portanto, propício ao desenvolvimento da capacidade de representação da figura materna na sua ausência e presença, e consequentemente ao desenvolvimento da capacidade de simbolizar (Salgueiro, 2002). Por outro lado, a

incapacidade da figura materna em exercer a *função alfa* descrita por Bion (ver Berger, 1999/2001), isto é, de recepção das projecções do bebé, transformação dos conteúdos em elementos pensáveis e posterior devolução, tem igualmente como consequência uma dificuldade ao nível da mentalização. Deste modo, a criança tem, inevitavelmente, um aparelho psíquico mal-formado, pelo que tem dificuldades ao nível da simbolização, isto é, ao nível da criação de pensamento (Salgueiro, 2004). Por estes motivos, quando a criança está só é confrontada com as suas próprias representações mentais geradoras de ansiedade que, tendo dificuldade em pensá-las e elaborá-las, sente necessidade de se aproximar de uma fonte de segurança, mas, por outro lado, quando está acompanhada é submersa pela sua “desconfiança básica”, sentindo necessidade de se afastar (Idem). Estas crianças oscilam, portanto, entre a angústia de abandono e o medo de fusão, surgindo a agitação motora como defesa perante a dificuldade na regulação da distância relacional, isto é, ao movimentar-se incessantemente, procuram defender-se simultaneamente da ausência, nunca “sendo esquecidas”, e da fusão porque, na verdade, nunca lá estão (Goldschmidt, 2004). Em suma, a relação primária, fonte insuficiente de segurança e satisfação, provocou uma mágoa que a criança sente como insuportável e que procura atenuar através da movimentação, da impulsividade e da dispersão dos interesses, diluindo, deste modo, o sofrimento (Salgueiro, 2004).

Em segundo lugar, refere-se uma potencial falha ao nível da constituição da “pele psíquica” e da capacidade de contenção da figura materna, bem como ao nível do *holding* (Golse, 2004). Numa fase inicial de vida, as experiências corporais e sensoriais entre a mãe e a criança não permitiram que esta se sentisse envolvida por uma “pele” que cumprisse o papel de limitação periférica e coesão entre as partes do psiquismo e do corpo, ainda indiferenciadas e sentidas como desintegradas (ver Carné, 2002). Não foi, por isso, possível ao bebé desenvolver, de forma adequada, uma função interna de contenção das parcelas do *self*, isto é, uma “pele psíquica”, permanecendo a fronteira que separa o dentro e o fora insuficientemente definida (Idem). Em estreita ligação com este aspecto, verifica-se um *holding* de insuficiente qualidade, provocando no bebé uma dificuldade em transitar de um estado de não-integração para um estado de integração no qual ele pudesse sentir uma certa unidade entre os seus pensamentos, os seus movimentos pulsionais e o seu corpo (Berger, 1999/2001). Assim, segundo esta perspectiva, a instabilidade constituir-se-ia como uma procura constante das fronteiras do corpo, apenas sentidas através das intervenções limitativas dos outros e dos obstáculos em que se magoa (ver Martins & Rosa, 2005).

## **1.3 Co-morbilidade**

### **1.3.1 Problemas Psiquiátricos Associados à PHDA**

É comum verificar-se, nas crianças diagnosticadas com PHDA, a co-existência de um outro distúrbio de cariz psiquiátrico (APA, 2000/2002). Kadesjö e Gillberg (2001) afirmam que o diagnóstico único de PHDA é muito raro e que mais de 80% dos casos apresentam co-morbilidade.

Os problemas mais frequentemente associados à PHDA são a Perturbação de Oposição (PO) (Kadesjö & Gillberg, 2001) e a Perturbação do Comportamento (PC), sendo que a PHDA aumenta para dez vezes a probabilidade de aparecimento de PO ou PC (Angold, Costello, & Erkanli, 1999, cit. por Barkley, 2002).

Em 10 a 40% dos casos pode existir um diagnóstico duplo de PHDA e Perturbação da Ansiedade, mas os estudos longitudinais realizados demonstram que o facto da criança ter PHDA não constitui um factor de risco para o desenvolvimento de uma patologia de natureza ansiosa (ver Barkley, 2002). A associação entre a PHDA e a Perturbação Depressiva é igualmente importante, variando entre os 15% e os 75% (Cuffe et al., 2001, cit. por Barkley, 2002).

Acrescente-se que a investigação tem demonstrado que, não obstante ocorrer com menor frequência, a PHDA pode também surgir em simultâneo com a Perturbação de Tiques (ver Barkley, 2002), e com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (ver Gillberg et al., 2004).

### **1.3.2 Problemas do Desenvolvimento Associados à PHDA**

Para além dos distúrbios do foro psiquiátrico acima mencionados, verifica-se igualmente a existência de problemas associados ao desenvolvimento. De facto, as crianças com PHDA apresentam frequentemente dificuldades na coordenação motora (Kadesjö & Gillberg, 2001), Perturbação da Aprendizagem (Barkley, 1990, cit. por Gillberg et al., 2004) ou dificuldades relacionadas com o desempenho académico e um nível de inteligência inferior ao das crianças sem a perturbação (ver Barkley, 2002).

Finalmente, é de salientar que os sintomas característicos da PHDA afectam as interacções das crianças com as figuras parentais (Johnston & Mash, 2001) e com os irmãos (Mash & Johnston, 1983a). A PHDA reflecte-se também no relacionamento das crianças com os pares, na medida em que elas tendem a ser menos apreciadas, mais rejeitadas e a ter poucos amigos (ver Barkley, 2002).

## CAPÍTULO 2: PARENTALIDADE: *STRESS* E PRÁTICAS PARENTAIS

---

O interesse pela temática da parentalidade surgiu, de uma forma mais evidente, na segunda metade do século XX, altura em que os psicólogos procuraram compreender os factores responsáveis por uma acção parental disfuncional e as suas consequências nas competências cognitivas, emocionais e comportamentais das crianças (Abidin, 1992). A investigação focalizou-se inicialmente nas famílias de crianças vítimas de mau-trato, abrangendo actualmente populações diversas, com ou sem patologias associadas (Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

A literatura não reflecte uma opinião consensual no que respeita ao peso relativo assumido pelos factores genéticos e ambientais, mais especificamente os pais, no crescimento da criança (Maccoby, 2000). É, contudo, irrefutável a influência da acção parental nos filhos, podendo constituir-se como potenciadora de um desenvolvimento e adaptação harmoniosos ou, pelo contrário, como desencadeadora de perturbações (Idem).

No que respeita aos factores que influem no comportamento parental, foram desenvolvidos vários modelos que, não obstante diferirem ao nível da natureza das dimensões intervenientes e das suas inter-relações, assemelham-se na sua essência pelo facto de defenderem o multi-determinismo do funcionamento parental (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990), o qual é extensível à experiência de *stress* parental como se verá no ponto seguinte.

### 2.1 *Stress* Parental

O *stress* parental pode ser conceptualizado como uma reacção psicológica, suscitando sentimentos negativos em relação ao próprio ou à criança, face às exigências subjacentes à educação dos filhos (Deater-Deckard, 1998). De facto, a parentalidade, para além de proporcionar momentos únicos e gratificantes, confronta igualmente os pais com novas exigências que constituem um risco para o aumento do *stress* o que, por sua vez, pode levar a uma deterioração da saúde e bem-estar parental (Idem). Neste sentido, o *stress* decorrente do papel parental é qualitativamente diferente do *stress* desencadeado por outro tipo de acontecimentos de vida, tendo sido demonstrado que o *stress* parental se constitui como um melhor preditor da saúde e bem-estar dos pais, e do desenvolvimento da criança, comparativamente com aquele gerado por circunstâncias de vida de natureza mais geral (ver Deater-Deckard, 1998). No entanto, não obstante todos os pais experimentarem *stress*, a sua

intensidade é variável, dependendo muito da percepção dos mesmos sobre os recursos disponíveis para cumprir as exigências inerentes ao papel parental (Deater-Deckard, 1998). Existem, portanto, diferenças individuais quanto à natureza e nível de *stress* experimentado, sendo ele também função da avaliação subjectiva do progenitor relativamente ao impacto do factor gerador de *stress* no seu bem-estar (Idem). A investigação tem vindo a demonstrar que o *stress* parental, quando se torna crónico, pode ter consequências muito negativas no desenvolvimento das crianças bem como no funcionamento parental (Crnic & Low, 2002).

Encontram-se referidas na literatura duas linhas principais de investigação na área do *stress* parental: uma primeira centrada no impacto no funcionamento familiar do *stress* decorrente das irritações quotidianas (acontecimentos *minor*) inerentes à parentalidade (Crnic & Greenberg, 1990); e uma segunda focalizada relações pais-filhos (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990). Apesar de diferirem na sua essência, ambas as perspectivas convergem para a ideia de que elevados níveis de *stress* podem potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Crnic & Low, 2002).

O modelo teórico centrado nos acontecimentos *minor* sugere que as potenciais frustrações e irritações diárias associadas à função parental e ao comportamento normal da criança (embora por vezes difícil), se constituem como a principal fonte de *stress* (Crnic & Greenberg, 1990). Algumas dessas frustrações podem ser específicas a determinada situação, podendo não perturbar consideravelmente a figura parental (Idem). No entanto, Crnic e Greenberg (1990) consideram que, quando um indivíduo está inserido num contexto ao qual subjazem necessidades e exigências específicas e continuadas, o efeito cumulativo do *stress* que daí decorre pode ter um impacto negativo nas interações pais-filhos.

Na perspectiva teórica referente às relações pais-filhos são considerados aspectos gerais relacionados com o sofrimento experimentado pelos pais em contexto familiar e as dificuldades das crianças, por oposição às situações normais geradoras de *stress* (Crnic & Low, 2002). O *stress* decorre, portanto, de acontecimentos difíceis de gerir em que os recursos físicos e psicológicos que os pais têm à sua disposição são limitados (Abidin, 1990). Essas situações, quando de grande intensidade e se experimentadas com frequência, podem potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (ver Abidin & Santos, 2003). No que se refere às causas do *stress* parental, estas são compreendidas através de um modelo dinâmico e complexo que propõe a existência de interações entre variáveis relacionadas com os pais, a criança e o meio em que estão inseridos, e que reconhece mudanças no comportamento e nas cognições em função de determinados acontecimentos que tendem a reproduzir-se ao longo do tempo. Encontram-se na literatura diversos modelos que salientam

a ideia de que o *stress* parental é multi-determinado e que tem repercussões no comportamento dos pais e, consequentemente, no desenvolvimento da criança (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

Belsky (1984) procurou relacionar a parentalidade com características sociológicas globais e com características da personalidade, pelo que sugere que o comportamento parental é directamente influenciado por factores relacionados com os pais (por exemplo, personalidade), com a criança (por exemplo, características específicas e desenvolvimento) e com o contexto social em que as relações pais-filhos estão inseridas (por exemplo, relação conjugal, rede de apoio social e ambiente profissional dos pais). Porém, os referidos determinantes não possuem igual preponderância no que se refere à sua influência na parentalidade (Idem). O autor acrescenta ainda que existem relações bi-direccionais entre a personalidade dos pais, influenciada pela sua história anterior de desenvolvimento, e as relações conjugais, a rede social e o ambiente profissional dos pais.

Por seu turno, o modelo proposto por Mash e Johnston (1990) salienta que as características ambientais (por exemplo, contexto de interacção imediato, acontecimentos de vida *minor* e *major*), parentais (por exemplo, cognições, personalidade, comportamento e saúde) e da criança (por exemplo, personalidade, atributos físicos e cognitivos, e a presença/ausência de problemas de comportamento), têm um impacto directo no *stress* parental. Refere ainda que essa relação é bi-direccional e que os factores relacionados com a figura parental podem actuar como mediadores entre os restantes determinantes (Idem).

Finalmente, Abidin (1992) procurou desenvolver um modelo dinâmico e integrativo que incluísse características sociológicas, comportamentais e da personalidade dos pais. Chamou também a atenção para a importância de se considerar as cognições e crenças dos pais em relação ao seu papel parental pelo facto de cumprirem a função de moderador face a potenciais elementos geradores de *stress*. No seu modelo, o *stress* parental é multi-determinado, na medida em que decorre de características relacionadas com os progenitores, de características da criança, e de factores situacionais, e corresponde ao resultado de uma série de avaliações feitas pelos pais, tendo em conta o seu nível de envolvimento com o papel parental, e das situações com que são confrontados. Quando os níveis de *stress* parental são adequados, este constitui-se como uma variável motivacional que fornece energia aos pais para utilizarem os recursos disponíveis à realização do seu papel parental. Por seu turno, níveis de *stress* parental demasiado elevados são susceptíveis de comprometer a qualidade da parentalidade o que, por sua vez, pode ter consequências negativas no funcionamento da criança. O autor desenvolveu um instrumento – o Parenting *Stress* Index (PSI; ver Abidin &

Santos, 2003) –, utilizado no presente estudo, que permite avaliar o *stress* parental em contexto familiar, tomando em consideração os grupos de características acima mencionados.

Os autores que se inscrevem na perspectiva que se focaliza nas relações pais-filhos, centram-se principalmente nas situações em contexto familiar que se enquadram no espectro da patologia (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990). A parentalidade, tarefa muito complexa *a priori*, torna-se ainda mais complicada quando a criança é portadora de problemas físicos ou psicológicos (Abidin, 1990). Por exemplo, verificam-se níveis de *stress* mais elevados nas mães de crianças com uma doença crónica, comparativamente com as mães de crianças sem patologia física (e.g., Gupta, 2007; Santos, 2002). Tem igualmente sido demonstrado que as mães de crianças que sofrem de algum tipo de perturbação do desenvolvimento, comparativamente com mães cujas crianças são saudáveis, experimentam níveis mais elevados de *stress* (e.g., Esdaile & Greenwood, 2003; Gupta, 2007; Woolfson & Grant, 2006). Acresce que o nível de *stress* parental é mais elevado nas mães de crianças com uma doença física crónica do que nas mães de crianças com uma deficiência física (Hung, Wu, & Yeh, 2004). Depreende-se, portanto, com base nos estudos referidos, que o nível de *stress* difere consoante a criança é saudável ou portadora de uma doença, bem como em função do tipo de patologia física ou psicológica.

O nível de *stress* é igualmente diferente consoante o sexo da figura parental. Por exemplo, nas famílias em que as crianças sofrem de perturbações do desenvolvimento, o nível de *stress* é maior na mãe do que no pai, o que não se verifica nas famílias de crianças que se estão a desenvolver segundo parâmetros considerados normais (Oelofsen & Richardson, 2006). Tem sido igualmente demonstrado, ao se comparar o nível de *stress* das mães e dos pais de crianças com problemas de comportamento, que este é mais elevado nas figuras parentais femininas (Saloviita, Itälinna, & Leinonen, 2003). O mesmo padrão não se verifica em todos os casais cujos filhos sofrem de algum tipo de perturbação. Por exemplo, nas famílias de crianças com PHDA o nível de *stress* parental é semelhante nas figuras parentais de ambos os sexos (Baker, 1994). No entanto, os factores que o determinam diferem na medida em que na mãe ele decorre principalmente de variáveis relacionadas com características da criança e no pai de variáveis relacionadas com características parentais (Idem).

No que se refere à estrutura familiar, ao se analisar o nível de *stress* de mães de crianças sem problemas de comportamento, verifica-se que o nível de *stress* é semelhante quer quando a família é monoparental, quer em famílias nucleares (Ethier & Frenière, 1993). Porém, nas famílias em que as crianças manifestam comportamentos externalizantes, o nível



de *stress* é mais elevado nas mães de famílias monoparentais, comparativamente com as mães que vivem com o cônjuge (Idem).

Abordando agora de uma forma mais específica as famílias de crianças com PHDA, salienta-se que o seu ambiente familiar tem sido identificado como particularmente gerador de *stress* e conflituoso (ver Johnston & Mash, 2001). Com efeito, os estudos realizados com mães de crianças diagnosticadas com PHDA têm demonstrado que elas apresentam um nível de *stress* mais elevado do que o das mães das crianças sem perturbação física ou psicológica (e.g., Goldstein, Harvey, & Friedman-Weieneth, 2007; Gupta, 2007; Mash & Johnston, 1983b). Sobressaem principalmente as características relacionadas com a criança como factores geradores de *stress*, salientando-se a permeabilidade à distração, o facto de a criança não corresponder física ou intelectualmente às expectativas da mãe, de ser mais infeliz e deprimida, de ser demasiado exigente nos cuidados que requer (Gupta, 2007; Mash & Johnston, 1983b) e de ela não constituir uma fonte de reforço positivo na interacção com a mãe (Gupta, 2007). Verificou-se também a influência de características relacionadas com a figura parental. De facto, as mães destas crianças são mais deprimidas, socialmente isoladas, restritivas no seu papel parental, menos vinculadas aos seus filhos, sentindo-se ainda menos competentes no lidar com eles (Mash & Johnston, 1983b). Por seu turno, no estudo realizado por Baldwin, Brown e Milan (1995), o comportamento da criança explica uma percentagem reduzida, embora significativa, do nível de *stress* total experimentado, sendo os factores financeiros os mais influentes.

Salientam-se ainda que da comparação dos níveis de *stress* de mães de crianças em idade pré-escolar e de mães de crianças em idade escolar, as primeiras obtêm níveis mais elevados de *stress* relacionados com as características parentais (Mash & Johnston, 1983b). Encontram-se também na literatura investigações em que são analisados os níveis de *stress* parental em função do sexo da criança, mas os resultados revelam-se contraditórios. De facto por um lado, os resultados obtidos por Barkley e Breen (1988) não indicam que existam diferenças significativas entre as crianças do sexo masculino e feminino. Por outro lado, Fossum, Morch, Handegard e Drugli (2007) encontraram resultados que sugerem que os níveis de *stress* das mães das raparigas são mais elevados, comparativamente com os das mães dos rapazes. Em relação à idade, os autores Spratt, Saylor e Macias (2007) verificam que esta não se relaciona de forma significativa com o *stress* parental.

Adicionalmente, tem-se verificado que nos grupos em que co-existe o diagnóstico de PHDA e PO o nível de *stress* das mães é maior do que naqueles em que se verifica apenas a PHDA (Goldstein, et al., 2007). É de salientar que, em ambos os grupos, as mães referem que

o *stress* está associado a características da criança, mas é apenas no grupo em que existe um diagnóstico duplo que se verifica a referência das características parentais como contribuindo para os níveis elevados de *stress* parental (Idem).

## 2.2 Práticas Parentais

A criação e educação dos filhos é um processo que exige um elevado grau de responsabilidade, não se limitando apenas à capacidade para suprir as suas necessidades básicas, mas estendendo-se também à possibilidade de lhes fornecer ferramentas para que desenvolvam as competências essenciais a um crescimento saudável que lhes permita funcionar de forma adequada e adaptada na sociedade (Marujo, 1997). Os pais desempenham o seu papel parental de um modo muito diversificado, sendo que essas variações têm um impacto significativo na forma como a criança se comporta, se relaciona com os outros, lida com as suas emoções e aprende. A investigação nesta área tem, por este facto, procurado identificar as características específicas que distinguem a acção parental e as suas consequências nas competências cognitivas, emocionais e comportamentais das crianças.

As dimensões mais frequentemente avaliadas e que se verificou terem um efeito no desenvolvimento das crianças correspondem ao apoio ou sensibilidade/responsividade, conflito ou hostilidade/rejeição e o grau de monitorização e controlo do comportamento da criança (O'Connor, 2002). Não existindo consenso relativamente à forma ideal de investigar as relações pais-filhos, alguns autores centram-se em dimensões específicas (Idem), outros consideram antes um nível molar em que as diferentes dimensões são combinadas e agrupadas em tipologias (Schaefer, 1965a). Por outras palavras, os estudos são realizados sob dois ângulos que, segundo a distinção realizada por Darling e Steinberg (1993), correspondem aos estilos parentais, no nível molar, ou às práticas parentais, no nível molecular.

Segundo Darling e Steinberg (1993) os estilos parentais englobam um conjunto de atitudes dirigidas à criança (por exemplo, gestos, tonalidade da voz, expressão de emoções) em torno do qual se cria um clima emocional em que são expressas as práticas parentais. Por sua vez, as práticas parentais correspondem aos comportamentos específicos direccionados para objectivos através dos quais os pais promovem a socialização da criança (Idem).

São descritos três estilos parentais na tipologia inicialmente proposta por Baumrind (1971): democrático, autoritário e permissivo. Os pais democráticos estimulam as trocas verbais, a independência e a individualidade. Não obstante possuírem padrões elevados e serem firmes, fornecem suporte emocional, partilham com os filhos as razões subjacentes às

suas decisões e têm em consideração as suas opiniões. Os pais autoritários tendem a instituir mais regras e possuem padrões elevados de comportamento mas, ao contrário dos anteriores, mostram-se rígidos, hostis e pouco responsivos. Valorizam a obediência e tendem a reprimir a vontade própria dos filhos. Finalmente, os pais permissivos toleram e aceitam a expressão dos impulsos dos filhos, não impondo limites nem regras, recorrem raramente ao uso de práticas punitivas e mostram-se pouco exigentes. Uma década mais tarde, Maccoby e Martin (1983, cit. por Darling & Steinberg, 1993) sugerem a subdivisão do estilo permissivo em função das polaridades exigência/responsividade, permitindo diferenciar o tipo de pais indulgentes e o tipo de pais negligentes. O primeiro corresponde ao estilo permissivo definido por Baumrind (1971) e o segundo refere-se aos pais pouco exigentes e responsivos que procuram minimizar o tempo dispensado aos filhos, não se empenhando na promoção do seu desenvolvimento (Darling & Steinberg, 1993).

Os estudos realizados com base na tipologia de Baumrind mostraram que os diferentes estilos parentais não são igualmente facilitadores do crescimento da criança (Patterson & Fisher, 2002). Por exemplo, o estilo parental democrático está associado a comportamentos dirigidos para objectivos, a uma maior responsabilidade social (Baumrind, 1971) e a uma melhor capacidade de auto-controlo (Reitman & Gross, 1997). Ele está igualmente relacionado com uma melhor capacidade adaptativa nos pré-adolescentes (Kaufman et al., 2000), com uma maior competência social, com uma menor ocorrência de problemas de comportamento ou do foro psicológico (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991), com uma melhor capacidade de auto-regulação (Eiden, Edwards, & Leonard, 2007; Grolnick & Ryan, 1989) e com um melhor desempenho escolar (Grolnick & Ryan, 1989; Steinberg, Elmen, & Mounts, 1989; Steinberg, Lamborn, Dornbusch, & Darling, 1992). Em contrapartida, o estilo parental autoritário associa-se com um conceito de si mais negativo, o estilo negligente com uma menor competência psicossocial e mais problemas de comportamento, e o estilo permissivo com uma maior taxa de abuso de substâncias (Steinberg et al., 1992).

Por sua vez, a investigação ao nível das práticas parentais indica que uma parentalidade caracterizada por um elevado nível de negatividade por parte da figura materna, uma disciplina parental rígida e hostil (Deater-Deckard, *in press*), um elevado nível de rejeição (Loeber & Dishion, 1983), um baixo nível de responsividade (Seipp & Johnston, 2005, cit. por Goldstein, et al., 2007), um elevado nível de permissividade e inconsistência (Patterson, 1986), um baixo nível de monitorização (Ehrensaft et al., 2003) e um controlo restritivo (Gadeyne, Ghesquière, & Onghena, 2004) estão associados a problemas de

comportamento. Adicionalmente, existem práticas parentais que têm um efeito positivo no comportamento das crianças. Por exemplo, a aceitação da criança e o controlo do seu comportamento contribuem para um nível mais baixo de problemas de conduta (ver Mayseless, Scharf, & Sholt, 2003). Acrescente-se que a responsividade materna (Deater-Deckard, *in press*) e o apoio por parte da figura parental feminina (Pettit, Bates, & Dodge, 1993) podem atenuar, indirectamente, os efeitos negativos de contextos familiares hostis.

Ainda em relação às consequências das práticas parentais, mas referindo-se agora ao seu efeito no comportamento internalizado, verifica-se que a rejeição está associada a um nível mais elevado de sintomas depressivos enquanto que o recurso ao suporte emocional funciona como factor protector (Muris, Meesters, & van den Berg, 2003).

A investigação demonstra também que as crianças submetidas a um tipo de disciplina rígida tendem a manifestar um comportamento mais negativo e conflituoso em relação aos pares, e são também mais rejeitadas por eles (Hart, Ladd, & Burleson, 1990).

Para além de se debruçarem sobre as consequências da acção parental nos filhos, os investigadores procuraram ainda identificar as práticas ou estilos parentais mais frequentemente utilizados em populações específicas, como nas famílias de crianças com perturbações do tipo externalizante (caracterizado por uma desinibição ao nível do comportamento), isto é, a Perturbação de Oposição (PO), a Perturbação do Comportamento e a PHDA (e.g., Deater-Deckard, *in press*; Lindahl, 1998; Mash & Johnston, 2001; Tripp, Schaughency, Langlands, & Mouat, 2007). De facto, existe uma relação bidireccional entre o comportamento dos pais e o comportamento das crianças (e.g., Patterson, Dishion, & Bank, 1984). Assim, da mesma forma que as práticas parentais têm um impacto, positivo ou negativo, no desenvolvimento da criança, o próprio comportamento da criança tende a dar origem a um determinado tipo de práticas parentais. No que se refere às crianças com perturbações do tipo externalizante, as suas características comportamentais tendem a suscitar práticas parentais hostis, verbais e físicas, que, por seu turno, potenciam os problemas de conduta manifestados pelas crianças, instalando-se um círculo vicioso (Idem).

Os estudos que constam da literatura referentes às populações de crianças com problemas ao nível do comportamento, mostram que as mães de crianças com patologia da conduta tendem a recorrer mais frequentemente a práticas parentais hostis e de rejeição, comparativamente com as mães de crianças que não foram diagnosticadas com uma patologia do tipo externalizante (Deater-Deckard, *in press*; Lindahl, 1998).

É, porém, importante salientar que, apesar da Perturbação de Oposição e a PHDA possuírem características comuns – comportamentos externalizantes – têm sintomas que lhes

são próprios e que podem levar a que as práticas parentais difiram consoante o tipo de perturbação em causa. Com efeito, nas populações em que co-existem os diagnósticos de PO e PHDA, ou simplesmente de PO, verifica-se que ocorre um nível de negatividade e de rejeição por parte da figura parental, em relação à criança, maior do que nas famílias em que existe apenas um diagnóstico único de PHDA (Lindahl, 1998). Por outro lado, apenas os pais de crianças com diagnóstico duplo de PHDA e PO, ou simplesmente com PO, exibem práticas parentais inconsistentes (Idem).

Por último refira-se que a investigação realizada com as famílias de crianças com diagnóstico de PHDA tem vindo a demonstrar, no que se refere aos estilos parentais, que os pais de filhos com esta perturbação tendem a não recorrer a um estilo parental de tipo democrático (Woodward, Taylor, & Dowdney, 1998). Refira-se contudo, que na literatura dirigida para a PHDA se encontra um maior número de investigações que se focaliza no estudo das práticas parentais do que no estudo dos estilos, ainda que elas não sejam avaliadas com o instrumento utilizado no presente estudo. Verifica-se, em particular, que os pais do grupo com diagnóstico de PHDA são mais rígidos (Gerdes & Hoza, 2006), reagem de uma forma mais negativa perante os comportamentos de obediência exibidos pelos filhos (Befera & Barkely, 1985, cit. por Hurt, Hoza, & Pelham, 2007) e são menos responsivos (Goldstein, et al., 2007; Tripp et al., 2007).

Adicionalmente, verificou-se que não existem diferenças no que se refere às práticas parentais das mães de crianças com PHDA em função do sexo (Fossum et al., 2007) e da idade (quando consideradas idades que se enquadram num mesma fase de desenvolvimento) (ver Collins, Madsen, & Susman-Stillman, 2002).

### **2.3 Stress Parental e Práticas Parentais**

Tal como foi referido no ponto 2.1, os níveis elevados de *stress* afectam o bem-estar psicológico dos progenitores e são susceptíveis de comprometer a acção parental o que, por sua vez, se repercute no comportamento adoptado face à criança (Abidin, 1990; Belsky, 1984; Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard, 1998; Mash & Johnston, 1990).

Blader (2006) demonstrou que a redução do nível de *stress* parental nas famílias de crianças com problemas de comportamento está associado a um menor uso de práticas parentais negativas como a punição física e a disciplina inconsistente. Também Anthony et al. (2005), verificaram que existe uma relação positiva entre níveis elevados de *stress* e práticas disciplinares mais rígidas, e comportamentos menos carinhosos para com os filhos. Contudo,

na literatura não foram encontrados estudos que analisassem a relação entre o stress parental e as práticas parentais nas mães de crianças com PHDA.

O facto de algumas crianças terem tendência para ser mais desatentas e manifestar com maior número de comportamentos de oposição ou agressivos perturba igualmente o bem-estar dos pais, aumentando o nível de *stress*, o que, por sua vez, dificultará a sua acção parental, tornando-os mais hostis, insensíveis e menos responsivos (Deater-Deckard, *in press*). Da mesma forma, as manifestações comportamentais subjacentes à PHDA, como a desatenção e a impulsividade, podem funcionar como um factor de *stress* que perturba uma parentalidade adequada (Johnston & Mash, 2001).

Em suma, o disfuncionamento familiar, decorrente de elevados níveis de *stress*, pode actuar como factor de risco no aparecimento, amplificação e manutenção dos sintomas da PHDA, mas pode também exercer influência no desenvolvimento de co-morbilidade (Johnston & Mash, 2001).

### CAPÍTULO 3: OBJECTIVOS E HIPÓTESES

---

#### 3.1 Objectivos

**Objectivo Geral 1 :** Caracterizar o funcionamento parental de mães de crianças diagnosticadas com PHDA no que respeita ao *Stress* Parental e às Práticas Parentais.

##### *Objectivos Específicos*

- a) Determinar, face ao *Stress* Parental, se existem diferenças entre o grupo de mães de crianças com PHDA e a amostra normativa do instrumento que avalia aquela dimensão (Índice de *Stress* Parental).
- b) Averiguar, em relação às Práticas Parentais, se existem diferenças entre o grupo de mães de crianças com PHDA e a amostra subjacente à adaptação portuguesa do instrumento que avalia a referida dimensão (EMBU-P).
- c) Examinar se existem diferenças relativamente ao *Stress* Parental e às Práticas Parentais em função do sexo da criança
- d) Determinar se existem diferenças face ao *Stress* Parental e às Práticas Parentais em função da idade da criança ( $G_1$  – 7 e 8 anos;  $G_2$  – 9 e 10 anos;  $G_3$  – 11 e 12 anos).

**Objectivo Geral 2:** Caracterizar a percepção das mães em relação a áreas específicas da vida da criança.

*Objectivo Específico*

- a) Examinar a percepção das mães em relação ao problema da criança, ao desenvolvimento, ao comportamento, ao aproveitamento escolar e à relação com os pares.

**Objectivo Geral 3:** Analisar a relação entre o funcionamento parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais) e variáveis relativas ao problema da criança (PHDA), ao desenvolvimento, associadas à percepção das mães em relação a áreas específicas e sócio-demográficas.

*Objectivos específicos*

Examinar a relação quer do *Stress* Parental quer das Práticas Educativas com variáveis:

- a) Associadas ao problema – Tipo de PHDA, tempo decorrido desde o diagnóstico, recurso à terapia farmacológica e co-morbilidade (co-existência de perturbação do desenvolvimento);
- b) Relativas à criança – Prematuridade, marcha, linguagem, co-existência de uma doença física e número de reprovações da criança;
- c) Relativas à mãe – Percepção das mães em diferentes áreas da vida da criança (problema, desenvolvimento, comportamento, aproveitamento escolar e relação com os pares) e variáveis sócio-demográficas (classe social e número de filhos).

**Objectivo Geral 4:** Examinar a relação entre o *Stress* Parental e as Práticas Parentais.

*Objectivo específico*

- a) Examinar a relação entre variáveis associadas ao *Stress* Parental (subescalas e Domínios) e referentes às Práticas Parentais (escalas).

### 3.2 Hipóteses

Com base na revisão de literatura efectuada, colocam-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** Espera-se que o grupo de mães de crianças diagnosticadas com PHDA se distinga da amostra normativa do ISP (Total de *stress*), obtendo as primeiras médias mais

elevadas; para este *stress* contribuirão sobretudo características da criança (Domínio da Criança).

**Hipótese 2:** Prevê-se que ocorram diferenças entre o grupo de mães de crianças diagnosticadas com PHDA e a amostra referente à adaptação portuguesa do EMBU-P ao nível da escala Rejeição.

Não obstante não se terem encontrado estudos que avaliassem as Práticas Parentais através do EMBU-P, no caso de crianças com PHDA, optou-se por colocar a hipótese com base em literatura que tem abordado as práticas parentais nesta população, ainda que através do recurso a outro instrumento de avaliação.

**Hipótese 3:** Estima-se que as médias das crianças do sexo feminino, comparativamente, com as do sexo masculino, experimentam níveis de *Stress* Parental mais elevados.

Em termos das variáveis sócio-demográficas, verifica-se que estas têm sido pouco exploradas nos estudos dirigidos para a PHDA, tendo-se encontrado referência apenas em relação ao sexo da criança. No entanto, os estudos apresentam resultados contraditórios, ora não encontrando diferenças entre crianças do sexo feminino e masculino no *Stress* Parental, ora indicando que as mães de crianças do sexo feminino têm resultados mais elevados.

**Hipótese 4:** Espera-se que não ocorram diferenças significativas entre as mães de crianças do sexo feminino e masculino quanto às práticas parentais utilizadas (apesar dos resultados dos estudos a que se teve acesso não remeterem para o mesmo instrumento de avaliação, formulou-se a hipótese com base neles).

**Hipótese 5:** Prevê-se que o nível de *stress* nas mães não seja significativamente diferente quer no que se refere às características da criança (Domínio da Criança), quer no que se refere às características da figura parental, em função da idade da criança (Domínio dos Pais).

**Hipótese 6:** Espera-se que não se verifiquem diferenças significativas nas práticas parentais em função da idade da criança (não obstante os resultados dos estudos, a que se acedeu, não remeterem, mais uma vez, para o mesmo instrumento de avaliação agora utilizado).



**Hipótese 7:** Relativamente ao Objectivo 3, coloca-se a hipótese geral segundo a qual para cada um dos grupos de variáveis definidos haverá alguma(s) que se correlaciona(m) com dimensões do funcionamento parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais), não se apresentando uma maior especificação dado existir pouco suporte empírico para o tipo de relações analisado.

**Hipótese 8:** Prevê-se que níveis mais elevados de *stress* parental se associem com práticas parentais mais negativas, configurando-se que esta associação se faça preponderantemente com áreas de *stress* que remetam para as características da criança e que envolva sobretudo as práticas de rejeição.

## CAPÍTULO 4: MÉTODO

---

### 4.1 Participantes

#### 4.1.1 Caracterização das Mães

Participaram neste estudo 30 mães de crianças com diagnóstico de PHDA. A média de idades das mães que constituem a amostra é 38.31 anos ( $DP = 6.64$ ), com uma idade mínima de 24 anos e uma idade máxima de 51 anos.

A maioria das mães é casada ou vive em união de facto (70.0%), 26.7% são divorciadas ou separadas e 3.3% são solteiras. O número de filhos varia entre um e oito ( $M = 2.60$ ,  $DP = 1.40$ ), sendo que a maioria tem dois (46.7%) e três (23.3%) filhos.

No Quadro 2, figuram as frequências e percentagens referentes ao grau de escolaridade das mães. Cerca de 47% das mães tem 6 ou menos anos de escolaridade, pouco menos de um quarto concluiu 9 anos de escolaridade e apenas 3 mães (10%) têm uma licenciatura.

#### Quadro 2

Grau de Escolaridade das Mães – Frequências e Percentagens

	4 anos	6 anos	9 anos	12 anos	Curso Médio	Curso Superior
Mães	7	7	7	5	1	3
(N=30)	(23.3%)	(23.3%)	(23.3%)	(16.7%)	(3.3%)	(10.0%)

Relativamente à classe social, a sua categorização é apresentada no Quadro 3, a qual foi efectuada com base na Classificação Social Internacional de Graffar (1956). Sobressai que há uma maior preponderância de famílias que se situam na classe Baixa e Média-Baixa; nenhuma família se situa na classe Alta, posicionando-se as restantes na classe Média e Média-Alta.

### Quadro 3

Classe Social – Frequências e Percentagens

	Baixa	Média-Baixa	Média	Média-Alta	Alta
Mães (N=30)	6 (20.0%)	12 (40.0%)	8 (26.7%)	4 (13.3%)	0 (0.0%)

No Quadro 4 apresentam-se as frequências e percentagens relativas à constituição do agregado familiar, observando-se que em quase metade dos casos a família é nuclear; duas famílias são adoptivas.

### Quadro 4

Constituição do Agregado Familiar – Frequências e Percentagens

	Família Nuclear	Monoparental feminina	Reconstruída	Alargada	Adoptiva
Mães (N=30)	13 (43.3%)	5 (16.7%)	5 (16.7%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)

Na maioria dos casos a gravidez decorreu sem problemas (56.7%). É de salientar que em dois casos não foi possível obter qualquer informação sobre este período. Nos casos em que se verificaram problemas, estes foram maioritariamente de ordem socio-emocional (72.7%), devendo-se os restantes a problemas de saúde (18.2%), ou a problemas de saúde e de ordem socio-emocional simultaneamente (9.1%). A maioria dos partos foi de termo (70.0%), variando o período de gestação entre as 31 e 42 semanas ( $M=38.04$ ,  $DP=2.49$ ). Em quase metade dos casos o parto foi eutócito (46.7%), tendo cerca de um terço das mães realizado cesariano (33.3%).

#### 4.1.2 Caracterização das Crianças-alvo

No que diz respeito às crianças-alvo, 20 são do sexo masculino (66.7%) e 10 do sexo feminino (33.3%). As suas idades estão compreendidas entre os 84 e os 153 meses (7 anos e 12 anos e 9 meses), sendo a idade média 116.37 meses (9 anos e 8 meses) ( $DP = 20.08$ ). Neste grupo de crianças, 13.3% não têm irmãos, 30.0% são as mais velhas da fratria a que

pertencem e 46.7% as mais novas, existindo, para além destas, crianças que se posicionam no meio da fratria, podendo ter sido a segunda (6.7%) ou a terceira (3.3%) a nascer.

No Quadro 5 indicam-se as frequências e percentagens correspondentes ao ano de escolaridade das crianças. Metade das crianças frequenta o 3º e 4º anos e apenas uma frequenta, respectivamente, a pré-primária e o 6º ano. Apesar de 63.3% das crianças nunca terem reprovado, mais de um terço reprovou pelo menos uma vez – 36.7% (e destas 13.3% duas vezes). Refira-se ainda que 13.3% das crianças estiveram numa ama, 50.0% frequentaram a creche e 86.7% o jardim-de-infância; apenas 2 crianças (6.7%) não frequentaram pré-primária.

### Quadro 5

Ano de Escolaridade da Criança – Frequências e Percentagens

	Pré-escola	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Crianças	1	4	4	9	6	5	1
(N=30)	(3.3%)	(13.3%)	(13.3%)	(30.0%)	(20.0%)	(16.7%)	(3.3%)

Passando agora aos dados de desenvolvimento, e começando pela idade em que a criança verbalizou as primeiras palavras, ela foi, em média, de 15.25 meses (DP = 7.89; variação entre os oito e os 36 meses), sendo que 56.7% proferiu as primeiras palavras até aos 13 meses, 26.7% até aos 18 meses, 10.0% até aos 36 meses e em 6.7% dos casos não foi possível obter essa informação. A idade de aquisição da marcha variou entre os 10 meses e os 24 meses, com uma idade média de 13.97 meses (DP = 3.03). Destaca-se ainda que 48.3% das crianças começou a andar até aos 13 meses, 46.6% até aos 18 meses e 3.3% até aos 24, salientando-se que face a 3.3% das crianças não foi fornecida qualquer informação. No que respeita ao controlo esfíncteriano diurno, o período de aquisição deste controlo variou entre os 12 meses e os 54 meses, sendo a idade média de 29.03 meses (DP = 8.1). É possível observar que em 65.5% dos casos a fralda foi retirada até aos 30 meses durante o dia e em 33.3% até aos 54 meses. Em 3.3% dos casos não foi possível obter essa informação. Por sua vez, o controlo dos esfíncteres nocturno foi adquirido entre os 12 meses e os 132 meses, com uma idade média de 43.03 meses (DP = 26.69), realçando-se que em 44.8% dos casos a fralda foi retirada até aos 30 meses, em 33.4% até aos 54 meses e em 19.9% depois dos 60 meses (em 3.3% não foi fornecida nenhuma informação).

No que diz respeito à história de saúde, 46.7% das crianças apresentam uma doença física e em dois desses casos (6.6%) co-existem duas doenças físicas. Um terço das crianças (33.3%) já esteve internada pelo menos uma vez. O período de internamento variou entre um

e 16 dias ( $M = 6.90$ ,  $DP = 6.56$ ), tendo ocorrido em média aos 34 meses ( $DP = 42.36$ ), com idade mínima de um mês e idade máxima de 108 meses.

#### 4.1.3 Caracterização de Aspectos Relativos ao Problema da Criança

A idade da criança no momento em que foi realizado o diagnóstico é, em média, de 84.4 meses ( $DP = 20.05$ ), com uma idade mínima de 48 meses e uma idade máxima de 120 meses. Do Quadro 6 constam as frequências e percentagens relativas ao tipo de PHDA, sobressaindo que a maioria corresponde ao Tipo Misto e ao Tipo Desatento. Mais de metade das crianças é submetida a uma terapia farmacológica (76.7%), tendo ela sido iniciada entre os 4.17 anos e os 10 anos ( $M = 7.23$ ,  $DP = 0.63$ ).

#### Quadro 6

Tipos de PHDA – Frequências e Percentagens

	Tipo Misto	Tipo Desatento	Tipo Hiperactivo-Impulsivo
Crianças (N=30)	14 (46.7%)	14 (46.7%)	2 (6.7%)

Somente 33.3% das crianças têm a PHDA como diagnóstico único, destacando-se que em 66.7% dos casos se verifica a co-existência de, pelo menos, uma outra perturbação de desenvolvimento; em 23.3% destes casos há a co-existência de duas perturbações de desenvolvimento.

## 4.2 Instrumentos

Neste ponto apresentam-se os instrumentos utilizados para avaliar as dimensões em estudo. Para a avaliação do *Stress Parental* utilizou-se a adaptação portuguesa do *Parenting Stress Index* (PSI) de R. Abidin (ver Abidin & Santos, 2003) desenvolvido por S. Santos (ver Santos, 2004; ver também Abidin & Santos, 2003) e que se denomina Índice de *Stress Parental*. Relativamente à avaliação das Práticas Parentais, recorreu-se à adaptação portuguesa do EMBU-P de Castro (Castro, Pablo, Gómez, Arrindell, & Toro, 1997), versão para os pais, desenvolvido por Canavarro e Pereira (no prelo).

#### 4.2.1 Índice de *Stress Parental*

O PSI avalia a intensidade do *stress* no sistema pais-filhos. Pode ser utilizado em vários contextos, nomeadamente o clínico, como técnica de despiste e diagnóstico, e como

medida da eficácia de um determinado método de intervenção, ou ainda em termos de investigação.

O questionário é aplicado individualmente, requer 20 a 30 minutos, e pode ser administrado a figuras parentais de ambos os sexos (Abidin & Santos, 2003). A adaptação portuguesa inclui normas para crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos, ainda que a escala americana tenha sido estudada até aos 12 anos (Idem).

O ISP contém 108 itens que se repartem por dois domínios – Domínio dos Pais e Domínio da Criança – devendo as figuras parentais situar a sua opinião numa escala de cinco pontos (desde “concordo completamente” até “discordo completamente”). Inclui também uma escala opcional – *Stress* de vida – (constituída por 24 itens) em que é solicitado uma resposta “Sim”/“Não”, a qual não foi integrada no presente estudo.

O Domínio da Criança engloba sete subescalas que pretendem avaliar aspectos relacionados com características da criança e a forma como os pais percebem as repercussões das características dos filhos neles próprios: Distração/Hiperactividade, Reforço aos Pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade de Adaptação, Exigência e Autonomia. Esta última é nova no ISP e não irá ser utilizada no presente trabalho dado a sua baixa precisão (ver Abidin & Santos, 2003; Santos, 2004). O Domínio dos Pais compreende sete subescalas que procuram avaliar as características pessoais das figuras parentais e variáveis do contexto familiar que têm um impacto na sua capacidade para lidar com as tarefas e exigências subjacentes à acção parental: Sentido de Competência, Vinculação, Restrição do Papel, Depressão, Relação com Marido/Mulher, Isolamento Social e Saúde (Abidin & Santos, 2003).

No que respeita à cotação, é atribuído um valor de 1 a 5 a cada item integrado nos Domínios. É possível obter três tipos de resultados: um por subescala, um por Domínio e um resultado Total; em qualquer dos casos, quanto mais elevado o resultado maior o nível de *stress* experimentado pelo respondente (Idem).

O ISP apresenta uma boa estabilidade dos resultados num intervalo de três meses e níveis satisfatórios de consistência interna nos Domínios da Criança, dos Pais e no resultado Total, sendo os coeficientes Alpha de Cronbach de .89, .91 e .94, respectivamente (Abidin & Santos, 2003).

Os coeficientes Alpha de Cronbach obtidos no presente estudo ao nível dos Domínios da Criança, dos Pais e no resultado Total são, respectivamente, .84, .88 e .89.

#### 4.2.2 EMBU-P

O EMBU (*Egna Minnen Beträffande Uppfostran*) foi inicialmente desenvolvido em Sueco com o objectivo de estudar as memórias dos adultos relativamente às práticas parentais dos seus pais (Perris et al. citado por Castro, Pablo, Gómez, Arrindell, & Toro, 1997). Com base nesta primeira versão do EMBU, Castro et al. (1997) concebeu uma nova versão para pais que pretende avaliar a percepção das figuras parentais sobre as suas práticas educativas relativamente aos filhos. É um questionário de aplicação individual que pode ser respondido por figuras parentais de ambos os sexos (Canavarro & Pereira, no prelo).

A adaptação portuguesa foi desenvolvida por Canavarro e Pereira (no prelo) e revela algumas diferenças em relação à versão original espanhola. Especificamente, para além de terem sido retirados alguns itens com base no estudo factorial, o que conduziu à eliminação da escala Preferência em Relação ao Irmão, as três escalas restantes – Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo – diferem quanto aos itens que as compõem, sendo a sua estrutura praticamente equivalente à da versão original no que respeita à dimensão Suporte Emocional e parcialmente equivalente face às dimensões Rejeição e Tentativa de Controlo (Canavarro & Pereira, no prelo).

O instrumento foi adaptado para a população portuguesa para crianças em idade escolar, designadamente dos 8 aos 11 anos. No entanto, a versão original já foi utilizada abaixo e acima deste nível etário (Idem).

A adaptação portuguesa do EMBU-P é composta por um total de 42 itens que, como se referiu acima, estão organizados em três escalas: Suporte Emocional (14 itens), Rejeição (17 itens), Tentativa de Controlo (11 itens). É pedido aos pais (mãe/pai) para dar a resposta a cada item com base numa escala de quatro pontos (“não, nunca”; “Sim, às vezes”; “Sim, frequentemente”; e “Sim, sempre”), atribuindo-se uma cotação de 1 a 4 respectivamente (Canavarro & Pereira, no prelo). O resultado para cada uma das escalas obtém-se através do somatório dos itens que as constituem.

Conforme o referido por Canavarro e Pereira (no prelo), a escala Suporte Emocional contém itens que reflectem o tipo de comportamento exibido pelas figuras parentais que confirma face aos filhos que estes são aceites e aprovados como pessoa, incluindo-se aqui a expressão verbal e física de apoio afectivo dos pais, a sua disponibilidade física e psicológica, e a aceitação relativamente à criança. Por sua vez, a escala Rejeição é composta por itens cujo conteúdo espelha a forma como os pais procuram alterar a vontade dos filhos, nomeadamente comportamentos hostis, e agressivos verbais e físicos, e a não aceitação da criança. Estes

comportamentos tendem a ser sentidos pela criança como uma rejeição de si própria enquanto indivíduo. Finalmente, a escala Tentativa de Controlo é constituída por itens que fornecem informação sobre o tipo de acção parental que visa orientar a conduta da criança para que corresponda às expectativas dos pais, designadamente comportamentos e intenções dos pais para controlar os filhos, manifestações de exigência e preocupações com o seu bem-estar.

Resultados elevados no EMBU apontam em sentido positivo na escala Suporte Emocional e negativo nas escalas Tentativa de Controlo e Rejeição.

Os níveis de consistência interna obtidos na adaptação portuguesa para as escalas Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo do EMBU-P são aceitáveis, sendo os valores do coeficiente Alpha de Cronbach respectivamente .80, .74 e .71 (Canavarro & Pereira, no prelo). Os coeficientes Alpha de Cronbach obtidos no presente estudo são igualmente satisfatórios: .88 para a escala Suporte Emocional, .78 para a escala Rejeição e .66 para a escala Tentativa de Controlo

A adaptação portuguesa apresenta também uma boa estabilidade dos resultados num período de 4 a 6 semanas, sendo os coeficientes de correlação de Pearson os seguintes: .70 para a escala Suporte Emocional; .63 para a escala Rejeição; e .54 para a escala Tentativa de Controlo (Canavarro & Pereira, no prelo).

#### **4.2.3 Ficha de Recolha de Informação**

Com vista à obtenção de informação específica foi construída uma Ficha de Recolha de Informação (ver Anexo 1) a qual está dividida em duas partes. A primeira remete para informação face à criança, às participantes e ao contexto familiar, e a segunda integra um conjunto de questões que visam a percepção das mães relativamente à criança em diferentes domínios. Descreve-se em seguida cada uma delas.

No que respeita aos dados relativos à criança, a Ficha reúne informação sócio-demográfica (por exemplo, idade e escolaridade), referente ao problema (por exemplo, tipo de PHDA e idade da criança quando os pais tomaram conhecimento do diagnóstico, tipo de medicação, idade em que foi iniciada), bem como à existência de outra perturbação do desenvolvimento. São ainda explorados conteúdos relativos à gravidez (existência ou não de problemas e número de semanas de gestação), ao parto (tipo de parto) e ao desenvolvimento da criança (idade quando iniciou a marcha, as primeiras palavras, e o controlo dos esfíncteres diurno e nocturno). A Ficha integra também dados que remetem para o percurso da criança antes da entrada para a escola (frequência de ama, creche, jardim infantil e pré-primária).

Finalmente, é contemplada a história médica da criança (designadamente a existência de doença somática e idade aquando do seu diagnóstico) e informação relativa a internamentos (número, duração, idade e motivo).

Nos dados obtidos em relação à família, inclui-se informação sócio-demográfica face às participantes (por exemplo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos), bem como face ao pai da criança, integrando-se ainda informação relativamente à classe social, à posição da criança na fratria e à constituição do agregado familiar.

Como antes se referiu, a segunda parte da Ficha inclui um conjunto de questões, em número de 6, que avalia a percepção das mães relativamente ao problema da criança e ao seu funcionamento em diferentes áreas (ver Anexo 1). Em particular, foram elaboradas seis questões fechadas que inquerem sobre a percepção da mãe acerca do problema da criança, o desenvolvimento desta, o seu desempenho escolar e a relação que estabelece com os pares. Estas questões incluem escalas de resposta de cinco pontos (por exemplo, na Questão 4 “Pense no modo como a criança se comporta habitualmente. Considera que o comportamento dela é...” utiliza-se como escala de resposta “muitíssimo difícil”, “muito difícil”, “difícil”, “um pouco difícil”, “nada difícil”).

Especificando, nos dois primeiros itens procura-se avaliar a forma como a mãe lidou com o diagnóstico da PHDA da criança (Questão 1) e como lida actualmente com o problema (Questão 2). Em seguida é abordada a percepção da mãe face ao desenvolvimento da criança (Questão 3), uma vez que a literatura salienta que as crianças com PHDA tendem a manifestar problemas ao nível do seu desenvolvimento (Barkley, 2002). A Questão 4 centra-se na forma como a mãe percebe o comportamento da criança, já que este tem sido identificado como um factor que influi no modo como os pais lidam com os filhos (Johston & Mash, 2001). É igualmente avaliada a percepção da mãe sobre o aproveitamento escolar da criança (Questão 5), uma vez que a literatura referencia a existência de dificuldades nesta área (Barkley, 2002). Finalmente, é abordada a percepção das mães relativamente à forma como a criança se relaciona com os amigos (Questão 6). De facto, a literatura indica que as crianças com PHDA tendem a ter menos amigos e a ser mais rejeitados pelos outros (ver Barkley, 2002).

A cotação das questões fechadas é realizada pela atribuição de um valor de 1 a 5 a cada item. O valor máximo (5) é atribuído às respostas que reflectem um conteúdo de cariz mais negativo e o valor mínimo (1) às que reflectem um conteúdo de cariz mais positivo. Por exemplo, na Questão 1 do questionário em que é perguntado à mãe “Como lidou com o diagnóstico do problema da criança?”, recorre-se a uma escala de “muito bem”, “bem”, “nem



bem nem mal”, “mal” e “muito mal”, atribuindo-se à resposta “muito bem” a valoração de 1 e à resposta “muito mal” a valoração 5.

### 4.3 Procedimento

O estudo que agora se apresenta está inserido no âmbito de uma investigação mais alargada, a decorrer no Centro de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia, dirigida para a criança com problemas de desenvolvimento e para a sua família. O presente estudo foca, como se teve já oportunidade de explicitar, mães de crianças com PHDA. A amostra de mães foi recolhida entre Novembro de 2007 e Maio de 2008.

Após terem sido seleccionadas as crianças com diagnóstico de PHDA, estabeleceu-se contacto telefónico com as mães de modo a averiguar qual a sua disponibilidade para participar no estudo. Uma vez obtido o seu acordo, foi combinada a data para a sua comparência no Centro de Desenvolvimento, a qual coincidia, na maioria dos casos, com o dia da consulta médica. Quando não foi possível comunicar previamente com as mães via telefone, o primeiro contacto foi realizado no dia da consulta com a pediatra.

A realização das entrevistas foi efectuada, na sua totalidade, no Centro de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

Num momento inicial foi apresentado o objectivo do estudo e obtido o consentimento informado das mães para a participação no mesmo, assegurando-se a confidencialidade de toda a informação fornecida. Em seguida, foi realizada uma entrevista com as mães com vista ao preenchimento da Ficha de Recolha de Informação. Finalmente, procedeu-se à aplicação do Índice de *Stress* Parental (Abidin & Santos, 2003) e do EMBU-P (Canavarro & Pereira, no prelo).

Na maioria das vezes foi necessário auxiliar as mães no preenchimento dos questionários dada a sua dificuldade na leitura e compreensão de muitos dos itens. O período de entrevista e a aplicação dos instrumentos teve a duração, em média, de quarenta e cinco minutos.

Foram ainda consultados os processos médicos das crianças no sentido de recolher informação relativa ao tipo de PHDA, e à existência (ou não) de uma outra perturbação de desenvolvimento e de doença somática.

#### 4.4 Procedimentos Estatísticos

Recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente à determinação da média, do desvio-padrão e dos valores mínimos e máximos, assim como ao cálculo de frequências e percentagens, consoante o tipo de dados diz respeito a variáveis contínuas ou a variáveis categoriais ou dicotómicas

Para a comparação dos resultados obtidos com os alcançados com as amostras do estudo de adaptação dos instrumentos utilizados (ISP e EMBU-P), recorreu-se ao teste t de Student a uma amostra, considerando-se como valor de referência a média obtida em cada um destes estudos para as diferentes variáveis em análise.

No âmbito do estudo da relação linear entre variáveis, utilizaram-se técnicas estatísticas que permitem a obtenção de uma medida do grau de correlação ou associação entre elas, designadamente o coeficiente de correlação de Pearson (*Pearson Product Moment correlaiton Coefficient*) e o coeficiente de Spearman (*Spearman Rank-Order Correlation Coefficient*), consoante se tratasse de correlacionar variáveis contínuas ou variáveis contínuas com não-contínuas (pelo menos ordinais).

Recorreu-se ainda ao teste Kruskal-Wallis para a comparação entre três grupos independentes e, nos casos em que se obtiveram resultados significativos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para a comparação entre dois grupos independentes de modo a clarificar as diferenças obtidas.

Por último, mencione-se que se procedeu ao cálculo dos coeficientes Alpha de Cronbach com vista a determinar a consistência interna para cada um dos instrumentos utilizados, figurando os resultados respectivos no ponto 4.2 (Instrumentos), especificamente no final da apresentação de cada um deles.

### CAPÍTULO 5: RESULTADOS

---

#### 5.1 Caracterização do Funcionamento Parental (*Stress Parental e Práticas Parentais*) das Mães de Crianças com PHDA

Começa por se apresentar os resultados relativos ao *stress* parental, o qual foi avaliado, como já antes se referiu com o Índice de *Stress Parental* (ISP), adaptação portuguesa do Parenting *Stress* Index – PSI (Abidin & Santos, 2003). Uma vez que as normas para a adaptação portuguesa do PSI foram definidas com base numa amostra cujas crianças-alvo

tinham idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos, e dado que a faixa etária da amostra agora em estudo não é completamente sobreponível a esta já que se situa entre os 7 e os 12 anos, incluindo, portanto, algumas crianças acima dos 10 anos, optou-se por comparar, na amostra em estudo, as mães das crianças com idades entre 5 e 10 anos com as das crianças com idade entre 11 e 12 anos, ao nível dos dois Domínios. Não se obtiveram diferenças significativas entre estes dois grupos pelo que se optou por comparar os resultados obtidos pela totalidade da amostra com os da amostra normativa portuguesa (ver Anexo 2.1). No Quadro 7 figuram as médias e os desvios-padrão obtidos para cada uma das subescalas e Domínios, e os valores de t resultantes da comparação com a amostra normativa do ISP.

### Quadro 7

ISP – Médias (M), Desvios-Padrão (DP) e Valores de t (Comparação das Respostas das Mães das Crianças com PHDA com as da Amostra Normativa do ISP)

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>
Hiperactividade/Distracção	26.43	4.75	6.25***
Reforço aos Pais	9.57	3.27	-.46
Humor	10.27	3.72	2.01†
Aceitação	20.77	4.81	4.78***
Maleabilidade de Adaptação	29.63	6.56	1.98††
Exigência	20.90	7.58	2.33*
Sentido de Competência	25.87	5.86	-2.05*
Vinculação	10.97	2.81	-2.89**
Restrições do Papel	18.43	6.01	1.11
Depressão	18.40	5.14	-1.97††
Relação Marido/Mulher	15.87	6.35	-.10
Isolamento Social	12.57	4.72	-1.03
Saúde	11.27	3.74	-1.31
Domínio da Criança	117.57	22.23	4.03***
Domínio dos Pais	113.37	24.55	-1.38
Total	230.93	39.78	1.41

Nota: graus de liberdade para o t-test = 29

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.000, † marginalmente significativo (p<.055), †† marginalmente significativo (p<.059)

Constata-se que existem diferenças significativas ao nível do Domínio da Criança (amostra normativa: M = 101.21) e em subescalas deste Domínio. Especificamente verificam-se resultados significativamente mais elevados no grupo PHDA nas subescalas Hiperactividade/Distracção (amostra normativa: M = 21.02), Aceitação (amostra normativa: M = 16.57) e Exigência (amostra normativa: M = 17.68). Ocorrem também diferenças significativas face a subescalas do Domínio dos Pais, obtendo neste caso o grupo PHDA

resultados significativamente mais baixos: Sentido de Competência (amostra normativa:  $M = 28.06$ ) e Vinculação (amostra normativa:  $M = 12.45$ ). São ainda marginalmente significativos os resultados relativos às subescalas Humor (amostra normativa:  $M = 8.90$ ), Maleabilidade de Adaptação (amostra normativa:  $M = 27.27$ ), do Domínio da Criança, e Depressão (amostra normativa:  $M = 20.25$ ), do Domínio dos Pais, alcançando o grupo de mães de crianças com PHDA uma média mais baixa apenas na última subescala.

Passar-se-á agora à análise dos resultados obtidos com o EMBU-P (Canavarro & Pereira, no prelo). Tendo em conta que na amostra da adaptação portuguesa do instrumento as crianças-alvo tem idades entre os 8 e os 11 anos, optou-se por adoptar um procedimento idêntico ao referido face ao ISP, comparando-se, na amostra em estudo, as mães das crianças com esta faixa etária e as das crianças com as restantes idades (7 anos – 12 anos) com o intuito de verificar se ocorriam diferenças entre estes grupos. Como tal não aconteceu, comparou-se a totalidade da amostra com a do estudo de adaptação (ver Anexo 2.2).

No Quadro 8 figuram as médias e desvios-padrões para o grupo PHDA e os valores de  $t$  correspondentes à comparação com a amostra do estudo de adaptação do EMBU-P. Verifica-se que ocorre uma diferença significativa para a escala Tentativa de Controlo, sendo a média do grupo PDHA inferior à média da amostra da adaptação portuguesa ( $M = 29.87$ ).

### Quadro 8

EMBU-P – Médias (M), Desvios-Padrão (DP) e Valores de  $t$  (Comparação das Respostas das Mães das Crianças com PHDA com as da Amostra do Estudo de Adaptação do EMBU-P)

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>
Suporte Emocional	45.83	6.78	-.98
Rejeição	26.47	4.97	-1.16
Tentativa de Controlo	28.13	4.48	-2.12*

Nota: graus de liberdade para o  $t$ -test = 29

\*  $p < .05$

No que diz respeito à análise dos resultados do ISP em função do sexo da criança (Quadro 9), é possível constatar que os resultados das mães das raparigas são significativamente mais elevados do que os das mães dos rapazes ao nível do Domínio da Criança, o mesmo acontecendo para as subescalas Hiperactividade/Distracção e Exigência deste Domínio.

**Quadro 9**

ISP – Comparação dos Resultados em Função do Sexo da Criança

	<b>Medianas</b>		<b>Média das Ordens</b>		<b>U</b>
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	
Hiperactividade/Distracção	31.00	24.00	21.55	12.48	-2.67**
Reforço aos Pais	11.00	9.50	16.85	14.83	-.60
Humor	8.50	10.00	15.35	15.58	-.07
Aceitação	23.00	20.50	18.80	13.85	-1.46
Maleabilidade de Adaptação	33.00	28.00	18.75	13.88	-1.43
Exigência	26.00	18.50	20.15	13.18	-2.05*
Sentido de Competência	28.50	24.50	18.10	14.20	-1.15
Vinculação	10.00	11.00	12.45	17.03	-1.35
Restrições do Papel	19.00	18.50	17.50	14.50	-.88
Depressão	16.50	20.00	12.50	17.00	-1.32
Relação Marido/Mulher	13.00	16.00	12.65	16.93	-1.26
Isolamento Social	11.00	12.00	12.85	16.83	-1.17
Saúde	9.50	11.00	14.70	15.90	-.35
Domínio da Criança	136.00	111.00	20.65	12.93	-2.27*
Domínio dos Pais	115.50	117.00	14.60	15.95	-.40
Total	232.50	225.50	17.90	14.30	-1.06

Nota: n<sub>feminino</sub> = 10; n<sub>masculino</sub> = 20

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01

No que respeita ao EMBU-P, não se verificam diferenças significativas entre as mães das crianças do sexo feminino e as mães das crianças do sexo masculino em nenhuma das escalas que constituem o instrumento (Suporte Emocional: Média das ordens – Fem = 15.25 e Masc = 15.63, U=-.11, n.s.; Rejeição: Média das ordens – Fem = 13.60 e Masc = 16.45, U = -.84, n.s.; Tentativa de Controlo: Média das ordens – Fem = 17.20 e Masc = 14.65, U = -.75, n.s.).

No sentido de se averiguar se existem diferenças significativas em função da idade da criança, constituíram-se três grupos: G1 – 7 e 8 anos; G2 – 9 e 10 anos; e G3 – 11 e 12 anos. Recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis para a comparação entre três grupos independentes e, nos casos em que foram obtidos resultados significativos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (para amostras independentes) para a comparação de dois grupos de modo a clarificar as diferenças obtidas.

Conforme se observa no Quadro 10, em relação ao ISP a comparação em função da idade da criança mostra a existência de uma diferença significativa apenas para a subescala Reforço aos Pais do Domínio da Criança.

**Quadro 10**

ISP – Comparação dos Resultados em Função da Idade da Criança  
(Teste de Kruskal Wallis para Três Amostras Independentes)

	Medianas			Médias das Ordens			$\chi^2$ *
	1	2	3	1	2	3	
Hiperactividade/Distracção	24.00	25.00	28.00	13.86	14.96	19.00	1.54
Reforço aos Pais	7.00	10.50	11.00	9.77	16.75	22.36	9.4**
Humor	10.00	12.00	9.00	13.36	18.67	13.43	2.61
Aceitação	21.00	20.00	25.00	13.14	13.92	21.93	4.95
Maleabilidade de Adaptação	28.00	27.50	33.00	12.36	15.13	21.07	4.23
Exigência	21.00	18.50	24.00	15.59	14.13	17.71	.74
Sentido de Competência	24.00	27.00	30.00	14.41	15.21	17.71	.63
Vinculação	10.00	11.50	10.00	12.82	17.38	16.50	4.68
Restrições do Papel	18.00	18.50	20.00	13.45	15.38	18.93	1.67
Depressão	16.00	18.50	19.00	14.73	16.00	15.86	.14
Relação Marido/Mulher	11.00	15.00	18.00	12.82	16.08	18.71	2.03
Isolamento Social	12.00	11.00	12.00	15.68	14.08	17.64	.74
Saúde	11.00	10.50	14.00	13.91	15.17	18.57	1.24
Domínio da Criança	111.00	113.00	134.00	12.91	15.17	20.14	2.92
Domínio dos Pais	106.00	120.00	120.00	13.18	16.29	17.79	1.34
Total	217.00	233.00	246.00	11.73	16.29	20.07	4.01

Nota: 1- Grupo 7 - 8 anos; 2- Grupo 9 - 10 anos; 3- Grupo 11 - 12 anos

$n_1 = 11$ ;  $n_2 = 12$ ;  $n_3 = 7$

\*\* $p < .01$

A comparação dos grupos dois a dois na subescala Reforço aos Pais mostra que ocorrem diferenças significativas na comparação das mães das crianças do G1 (7 – 8 anos) e do G2 (9 – 10 anos) [Média das ordens – G1 = 9.14, G2 = 14.63;  $U = -1.99$ ,  $p < .05$ ] e na comparação do G1 com o G3 (11 – 12 anos) [Média das ordens – G1 = 6.64, G3 = 14.00;  $U = -2.01$ ,  $p < .01$ ]; os Grupos 2 e 3 não se diferenciam [Média das ordens – G2 = 8.63, G3 = 12.36;  $U = -1.41$ , n.s.]

Passando agora ao EMBU-P, a comparação dos resultados em função da idade da criança não conduziu à obtenção de qualquer diferença significativa (Quadro 11).

**Quadro 11**

EMBU-P – Comparação dos Resultados em Função da Idade da Criança  
(Teste Kruskal-Wallis para Três Amostras Independentes)

	Medianas			Média das ordens			$\chi^2$
	1	2	3	1	2	3	
Suporte Emocional	48.00	48.50	43.00	16.09	17.33	11.43	2.08
Rejeição	27.00	24.00	28.00	16.05	14.08	17.07	.58
Tentativa de Controlo	29.00	26.50	31.00	16.41	11.63	20.71	4.94

Nota: 1- Grupo 7 - 8 anos; 2- Grupo 9 - 10 anos; 3- Grupo 11 - 12 anos

$n_1 = 11$ ;  $n_2 = 12$ ;  $n_3 = 7$

## 5.2 Caracterização da Percepção das Mães em Relação a Áreas Específicas: Problema da Criança, Desenvolvimento, Comportamento, Aproveitamento Escolar e Relação com os Pares

Apresenta-se em seguida a análise da percepção das mães em relação a áreas específicas, designadamente face ao problema da criança, ao seu desenvolvimento e comportamento, ao aproveitamento escolar e à relação com os pares. A informação em causa decorre das respostas a um grupo de questões incluídas na Ficha de Recolha de Informação (ver Anexo 1).

A maioria das mães lidou Muito Bem ou Bem com o diagnóstico de PHDA (Quadro 12). Metade das mães considera que lidou Bem com o diagnóstico da criança e cerca de um quarto acha que o lidou mal; apenas três mães se situam nos extremos, lidando uma Muito Mal e duas Muito Bem com o diagnóstico da perturbação de desenvolvimento.

### Quadro 12

Forma como as Mães Lidaram com o Diagnóstico

	Muito Bem	Bem	Nem Bem Nem Mal	Mal	Muito Mal
Mães	2	15	4	8	1
(N = 30)	(6.7%)	(50.0%)	(13.3%)	(26.7%)	(3.3%)

Mais de dois terços das mães referem que no momento actual lidam Bem com o problema (73.3%), considerando mesmo duas que lidam Muito Bem com a situação (Quadro 13). Apenas duas afirmam lidar Mal ou Muito Mal com o problema.

Curiosamente é igual o número de mães (em número de quatro) a achar que na altura do diagnóstico e no momento actual o lidar com o problema é “Nem Bem Nem Mal”, parecendo existir nestas mães um certo evitamento de um posicionamento mais definido.

### Quadro 13

Forma como as Mães Lidam Actualmente com o Problema

	Muito Bem	Bem	Nem Bem Nem Mal	Mal	Muito Mal
Mães	2	22	4	1	1
(N = 30)	(6.7%)	(73.3%)	(13.3%)	(3.3%)	(3.3%)

A maioria das mães (60%) considera que o desenvolvimento dos filhos foi Normal; 13.3% referem que este se situa Acima do Normal ou Muito Acima do Normal (Quadro 14). Observa-se ainda que pouco mais de um quarto situa o desenvolvimento dos filhos Abaixo do Normal (nenhuma acha que este tenha sido Muito Abaixo do Normal).

**Quadro 14**

## Percepção das Mães Face ao Desenvolvimento da Criança

	Muito Acima do Normal	Acima do Normal	Normal	Abaixo do Normal	Muito abaixo do Normal
Mães	1	3	18	8	0
(N = 30)	(3.3%)	(10.0%)	(60.0%)	(26.7%)	(0%)

Constata-se que metade das mães refere que o comportamento dos filhos é Um Pouco Difícil, considerando quatro que ele é “Nada Difícil” (Quadro 15). Cerca de um quarto percebe o comportamento como Difícil (26.7%) e 10.0% como sendo Muito Difícil, não existindo nenhuma mãe que o classifique como MUITÍSSIMO Difícil.

**Quadro 15**

## Percepção das Mães Face ao Comportamento da Criança

	Nada Difícil	Um pouco Difícil	Difícil	Muito Difícil	MUITÍSSIMO Difícil
Mães	4	15	8	3	0
(N = 30)	(13.3%)	(50.0%)	(26.7%)	(10.0%)	(0%)

No que respeita ao aproveitamento escolar da criança, sobressai que há uma maior preponderância de mães que o qualifica como Médio (Quadro 16), sendo identificado por 36.6% como Bom ou Muito Bom. Refira-se ainda que quase um quarto das mães considera que o desempenho académico dos filhos é Mau (nenhuma o classifica como Muito Mau).

**Quadro 16**

## Percepção das Mães Face ao Aproveitamento Escolar da Criança

	Muito Bom	Bom	Médio	Mau	Muito Mau
Mães	7	4	12	7	0
(N = 30)	(23.3%)	(13.3%)	(40.0%)	(23.3%)	(0%)

No que respeita ao relacionamento da criança com os pares (Quadro 17), a maioria das mães (66.7%) acha que ele é positivo (i.e., que a criança se relaciona Bem ou Muito Bem com os pares). Apenas quatro mães referem que a criança se relaciona Mal ou Muito Mal com os pares.

**Quadro 17**

## Percepção das Mães Face à Forma como a Criança se Relaciona com os Pares

	Muito Bem	Bem	Nem Bem Nem Mal	Mal	Muito Mal
Mães	6	14	6	3	1
(N = 30)	(20.0%)	(46.7%)	(20.0%)	(10.0%)	(3.3%)



### 5.3 Relação entre o Funcionamento Parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais) e Variáveis Relativas ao Problema, à Criança e à Mãe (Percepção das Mães em Diferentes Áreas e Variáveis Sócio-demográficas)

Neste ponto procedeu-se ao estudo correlacional do funcionamento parental – *Stress* Parental e Práticas Parentais – com variáveis relativas ao problema, à criança e às mães. Face ao *Stress* Parental, foram integrados no estudo os resultados das subescalas dos Domínios da Criança e dos Pais; em relação à Práticas Parentais, incluíram-se os resultados para as escalas.

No que diz respeito à relação com variáveis associadas ao problema (Tipo de PHDA<sup>1</sup>, Tempo Decorrido desde o Diagnóstico, Recurso à Medicação e Co-morbilidade) sobressai, face ao *Stress* Parental, uma associação significativa negativa do Tipo de PHDA quer com a subescala Vinculação, quer com a subescala Depressão (do Domínio dos Pais), e uma associação positiva significativa entre o Tempo Decorrido desde o Diagnóstico quer com a subescala Aceitação, quer com a subescala Maleabilidade de Adaptação (do Domínio da Criança) (Quadro 18). Obteve-se igualmente uma correlação significativa com as Práticas Parentais, especificamente entre a Tentativa de Controlo e o Recurso à Terapia Farmacológica (Quadro 19).

#### Quadro 18

Correlações entre o *Stress* Parental (Subescalas e Domínios) e Variáveis Associadas ao Problema

	Tipo de PHDA	Tempo Decorrido desde o Diag.	Recurso à Medicação	Co-morbilidade
Hiperactividade/Distracção	-.27	.19	.12	.13
Reforço aos Pais	.19	.08	.15	.13
Humor	-.22	.12	-.15	-.16
Aceitação	-.18	.39*	-.01	.07
Maleabilidade de Adaptação	-.28	.48**	.07	-.01
Exigência	-.23	.13	.18	-.03
Sentido de Competência	-.18	.25	-.22	-.03
Vinculação	-.42*	.33	-.12	-.19
Restrições do Papel	-.08	-.01	.00	.23
Depressão	-.43*	.31	-.18	-.11
Relação Marido/Mulher	-.12	-.02	.12	-.23
Isolamento Social	-.03	-.28	.05	-.31
Saúde	-.35	.14	.15	-.05
Dom. da Criança	-.22	.34	.10	.02
Dom. dos Pais	-.14	.12	-.04	-.12

Nota: n = 28

\*p<.05, \*\*p<.01

<sup>1</sup> Uma vez que existiam apenas duas crianças diagnosticadas com o Tipo Hiperactivo-Impulsivo, elas foram eliminadas destas análises, tendo-se realizado a análise estatística apenas com base nos Tipos Misto e Desatento (com a categorização de 1 e 2, respectivamente).

**Quadro 19**

Correlações entre as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo) e Variáveis Associadas ao Problema

	<b>Tipo de PHDA</b>	<b>Tempo Decorrido desde o Diag.</b>	<b>Recurso à Medicação</b>	<b>Co-morbilidade</b>
Suporte Emocional	.12	-.09	-.17	-.19
Rejeição	.14	.17	-.06	-.16
Tentativa de Controlo	-.06	.06	.43*	.18

Nota: n = 28

\*p<.05

No que se refere à relação do funcionamento parental com variáveis associadas à criança (Prematuridade, Marcha, Linguagem, Número de Reprovações e Diagnóstico de Doença Física), foram encontrados resultados significativos quer com o *Stress* Parental quer com as Práticas Parentais. Relativamente ao *Stress* Parental (Quadro 20), obtiveram-se correlações significativas positivas do Número de Reprovações com as subescalas Reforço aos Pais e Aceitação, e da aprendizagem da Marcha com a subescala Exigência (subescalas ou Domínio da Criança), tendo-se obtido ainda uma correlação significativa negativa entre o Diagnóstico de uma Doença Física e a subescala Isolamento Social, do Domínio dos Pais.

**Quadro 20**

Correlações entre o *Stress* Parental (Subescalas e Domínios) e Variáveis Relativas à Criança

	<b>Prematuridade</b>	<b>Marcha<sup>2</sup></b>	<b>Linguagem<sup>3</sup></b>	<b>Num. de Reprovações</b>	<b>Diag. de Doença Física</b>
Hiperactividade/Distracção	.05	-.10	.17	.27	.21
Reforço aos Pais	.22	.14	-.12	.37*	.25
Humor	.00	-.22	.01	.04	.01
Aceitação	.04	.11	.35	.38*	.22
Maleabilidade de Adaptação	-.08	-.03	.09	.20	.00
Exigência	-.15	.47*	.13	.07	.02
Sentido de Competência	-.27	.19	.07	.05	.13
Vinculação	-.14	-.02	.16	-.09	-.13
Restrições do Papel	-.11	-.21	-.26	.34	-.14
Depressão	-.07	-.01	.25	-.09	-.35
Relação Marido/Mulher	.28	.06	-.03	-.09	-.32
Isolamento Social	.17	.11	.04	.13	-.39*
Saúde	-.03	.00	.02	.09	-.27
Dom. da Criança	.11	.14	.17	.28	.14
Dom. dos Pais	-.04	.02	.03	.08	-.29

Nota: N = 30

\*p<.05

<sup>2</sup> Considerou-se que a idade normativa de aquisição da marcha corresponde aos 13 meses

<sup>3</sup> Considerou-se que a idade normativa de aquisição das primeiras palavras corresponde aos 16 meses

Foi igualmente encontrada uma associação significativa negativa entre a escala Suporte Emocional do EMBU-P e o Número de Reprovações (Quadro 21).

### Quadro 21

Correlações entre as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo) e Variáveis Relativas à Criança

	Prematuridade	Marcha	Linguagem	Num. de Reprovações	Diag. de Doença Física
Suporte Emocional	.00	-.32	-.33	-.38*	-.27
Rejeição	-.10	-.03	.14	.10	-.05
Tentativa de Controlo	.17	.13	.02	.23	-.24

Nota: N = 30

\*p<.05

No que diz respeito às variáveis relativas às mães, e começando pelas sócio-demográficas (Classe Social e Número de Filhos), não se obteve qualquer associação significativa com as subescalas do Domínio da Criança ou do Domínio dos Pais, (ver Anexo 2.3). Contudo, quando estão em causa as Práticas Parentais ocorre uma correlação significativa negativa entre a Tentativa de Controlo e a Classe Social (Quadro 22).

### Quadro 22

Correlações entre as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo) e Variáveis Sócio-demográficas

	Classe Social	Número de filhos
Suporte Emocional	.11	-.15
Rejeição	-.07	-.02
Tentativa de Controlo	-.51**	.25

Nota: N = 30

\*p<.05; \*\*p<.01

Passando agora à análise da relação entre a percepção das mães relativamente a diferentes áreas da vida da criança e o *Stress* Parental (subescalas dos Domínios da Criança e dos Pais), obtiveram-se correlações significativas positivas do Domínio da Criança com a percepção quer do Aproveitamento Escolar, quer da Relação com os Pares, e entre o Domínio dos Pais e a percepção do Aproveitamento Escolar. As correlações significativas com subescalas do Domínio da Criança foram as seguintes (Quadro 23).

- a percepção do desenvolvimento e a subescala Reforço aos Pais;
- a percepção do aproveitamento escolar e a subescala Aceitação;
- a forma como lida actualmente com o problema e a subescala Exigência.

Face às subescalas do Domínio dos Pais (Quadro 23), ocorrem correlações positivas e significativas entre:

- a forma como lidou com o diagnóstico e a subescala Sentido de Competência;
- a percepção do aproveitamento escolar e a subescala Sentido de Competência;
- a percepção do aproveitamento escolar e a subescala Restrições do Papel;
- a forma como lida actualmente com o problema e a subescala Saúde Parental.

### Quadro 23

Correlações entre o *Stress* Parental (Subescalas e Domínios) e a Percepção das Mães Relativamente a Diferentes Áreas na Vida da Criança

	Lidou Diag.	Lidar Problema	Desenvolvimento	Comportamento	Aproveitamento Escolar	Pares
Hiperactividade/Distracção	.14	-.31	.03	.17	.09	.13
Reforço aos Pais	.30	-.20	.43*	-.28	.35	.09
Humor	-.05	-.12	.13	.25	-.03	.21
Aceitação	.20	-.00	.07	.22	.42*	.25
Maleabilidade de Adaptação	.13	-.08	.24	.32	.30	.35
Exigência	.19	.40*	.01	.34	.32	.30
Sentido de Competência	.50**	.06	.05	.36	.39*	.23
Vinculação	.04	.00	.11	.11	.14	.15
Restrições do Papel	.10	-.10	.07	.06	.40*	-.06
Depressão	.05	.24	-.18	.29	.29	.33
Relação Marido/Mulher	-.01	.12	.06	-.03	.11	.25
Isolamento Social	-.11	.30	-.16	-.05	.19	.10
Saúde Parental	.12	.38*	.07	.22	.28	.22
Domínio da Criança	.17	.01	.17	.33	.38*	.39*
Domínio dos Pais	.16	.02	.01	.14	.37*	.24

\*p<.05; \*\*p<.01

No que respeita à associação entre a percepção das mães face a diferentes áreas da vida da criança e as escalas do EMBU-P, verifica-se que ocorre de uma correlação positiva entre a percepção do comportamento e a escala Rejeição (Quadro 24).

### Quadro 24

Correlações entre as Práticas Parentais (Escala Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo) e a Percepção das Mães Relativamente a Diferentes Áreas na Vida da Criança

	Lidou Diag.	Lidar Problema	Desenvolvimento	Comportamento	Aproveitamento Escolar	Pares
Suporte Emocional	-.09	-.13	-.08	.16	-.33	-.07
Rejeição	.17	.29	.04	.48**	.17	.01
Tentativa de Controlo	.14	-.12	-.10	-.11	.33	-.14

Nota: N = 30

\*\*p<.01

## 5.4 Relação entre o *Stress* Parental e as Práticas Parentais

Neste ponto analisa-se a relação entre o *Stress* Parental (subescalas e Domínios) e as Práticas Parentais (escalas Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo). Ocorre uma correlação significativa positiva entre o Domínio da Criança e a escala Rejeição (Quadro 25). No que respeita à relação entre as subescalas do ISP e escalas do EMBU-P, foram encontradas associações significativas negativas entre:

- a subescala Reforço aos Pais e a escala Suporte Emocional;
- a subescala Aceitação e a escala Suporte Emocional.

Obtiveram-se ainda correlações significativas positivas entre:

- a subescala Aceitação e a escala Rejeição;
- a subescala Exigência e a escala Rejeição;
- a subescala Vinculação e a escala Rejeição;
- a subescala Saúde Parental e a escala Rejeição.

### Quadro 25

Correlações entre o *Stress* Parental (Subescalas e Domínios) e as Práticas Parentais (Escalas Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo)

	Suporte Emocional	Rejeição	Tentativa de Controlo
Hiperactividade/Distracção	-.12	.05	.11
Reforço aos Pais	-.43*	.02	-.08
Humor	-.22	-.12	-.18
Aceitação	-.51**	.48**	.29
Maleabilidade de Adaptação	-.25	.32	-.20
Exigência	-.13	.38*	.35
Sentido de Competência	-.14	.29	-.03
Vinculação	-.27	.37*	-.05
Restrições do Papel	-.06	.20	.13
Depressão	-.19	.31	.03
Relação Marido/Mulher	.07	.04	-.02
Isolamento Social	.02	.06	.22
Saúde Parental	-.13	.42*	.22
Domínio da Criança	-.31	.37*	.10
Domínio dos Pais	-.12	.31	.10

Nota: N = 30

\*p<.05; \*\*p<.01

## CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados, seguindo-se a sequência adoptada para a elaboração dos objectivos. Deste modo, a discussão está dividida em quatro partes: Funcionamento Parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais) nas Mães de Crianças com PHDA; Percepção das Mães em Relação a Áreas Específicas (Problema da Criança, Desenvolvimento, Comportamento, Aproveitamento Escolar e Relação com os Pares); Relação entre o Funcionamento Parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais) e Variáveis Relativas ao Problema, à Criança e à Mãe (Percepção das Mães em Diferentes Áreas e Variáveis Sócio-demográficas); e Relação entre o *Stress* Parental e as Práticas Parentais.

### 6.1 Funcionamento Parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais) nas Mães de Crianças com PHDA

#### 6.1.1 *Stress* Parental

As mães de crianças com um diagnóstico de PHDA experimentam níveis de *stress* mais elevados (Resultado Total), comparativamente com as mães que constituem a amostra normativa do instrumento utilizado para avaliar o *stress* parental (Índice de *Stress* Parental – ISP – adaptação portuguesa do Parenting *Stress* Index), estando este associado principalmente às características da criança (Domínio da Criança). Os resultados confirmam a hipótese colocada (Hipótese 1) onde se previa que ocorressem este tipo de diferenças. Eles são congruentes com os obtidos por autores que utilizam o PSI com mães de crianças com PHDA (Gupta, 2007; Mash & Johnston, 1983b), ou que recorreram a um instrumento diferente para avaliar o *stress* experimentado pelos pais (Baldwin et al., 1995).

No que respeita às áreas específicas geradoras de *stress*, ao nível das características da criança (Domínio da Criança), verifica-se que as mães do grupo PHDA consideram que os seus filhos são mais agitadas e permeáveis à distração (Hiperactividade/Distração), mais exigentes nos cuidados que requerem (Exigência) e correspondem menos (por exemplo, física ou intelectualmente) às expectativas das mães (Aceitação). Salienta-se ainda que as mães tendem a considerar mais que os seus filhos têm características de humor diferentes do que elas esperavam (Humor) e que apresentam maior dificuldade em se adaptar a mudanças no meio físico ou social (Maleabilidade de Adaptação). Estudos realizados por alguns autores referem conclusões semelhantes, tendo eles verificado que as subescalas Hiperactividade/Distração, Aceitação (Gupta, 2007; Mash & Johnston, 1983b) e Exigência

(Gupta, 2007) permitem diferenciar mães de crianças diagnosticadas com PHDA e mães de crianças sem problemas. No que respeita às subescalas Humor e Maleabilidade de Adaptação, os resultados são corroborados quer por Gupta (2007), quer por Mash e Johnston (1983b), que identificam nos seus estudos estas subescalas como significativas.

Os resultados encontrados relativamente às subescalas do Domínio da Criança eram previsíveis, tendo em conta o padrão comportamental que caracteriza estas crianças. De facto, elas possuem maiores dificuldades ao nível da concentração e mobilização da atenção e são mais agitadas (American Psychiatric Association, 2000/2002), o que pode explicar o facto da subescala Hiperactividade/Distracção distinguir o grupo de mães de crianças com PHDA da amostra normativa do ISP. No que respeita ao facto das mães referirem que as características dos filhos não correspondem às suas expectativas, pode colocar-se a hipótese de que estas mães se sintam muitas vezes confundidas com a irrequietude motora e desatenção dos filhos, tendo dificuldade em compreender as suas especificidades, em lidar com elas e em aceitá-las (Salgueiro, 2004). Acrescente-se também que as crianças com PHDA tendem a revelar dificuldades no contexto escolar, pelo que, muitas vezes, o seu desempenho é discordante daquilo que as mães esperariam que elas obtivessem. As dificuldades ao nível do aproveitamento escolar podem igualmente ter um impacto nos cuidados que estas crianças requerem, constituindo-se como um factor gerador de *stress* na medida em que se torna necessário proporcionar-lhes um maior apoio no que respeita aos conteúdos escolares. Pode ainda supor-se que estas mães se sentem esgotadas devido às energias que têm de despende, designadamente nas frequentes idas às consultas e na necessidade de conter o comportamento dos seus filhos, percepcionando-os como sendo mais exigentes. Para além disso, como o salienta Barkley (2002), estas crianças têm um défice ao nível da memória de trabalho que compromete a capacidade de planear o comportamento, podendo ter consequências ao nível da organização de rotinas e cumprimento das mesmas. Neste sentido, pode ser necessária uma maior monitorização por parte das mães, o que pode contribuir para o aumento do nível de *stress* no que diz respeito aos cuidados que a criança requer. Relativamente ao facto de estas mães tenderem a considerar que os seus filhos têm alterações de humor (com tradução, por exemplo, em tristeza e depressividade), pode colocar-se a hipótese de que estas crianças se deparem com dificuldades difíceis de ultrapassar, tendo em conta as suas características específicas, podendo manifestar um humor mais depressivo. Acresce a possibilidade de que se apercebam das dificuldades que colocam às suas mães e de que o seu comportamento e desempenho não corresponde ao que delas é esperado. Finalmente, em relação à maior dificuldade da criança em se adaptar ao seu meio físico e social, salienta-se que, como já foi

referido no ponto 1.2.1, estas crianças têm um défice ao nível da função executiva de reconstituição, podendo ter dificuldades em decompor e recombina r sequências comportamentais tomando em consideração as contingências ambientais. Esta característica pode dificultar a capacidade de adaptação das crianças com PHDA e, consequentemente, produzir maior *stress* nas suas mães.

Passando agora aos resultados do ISP para o Domínio dos Pais, verifica-se que as mães de crianças com PHDA, comparativamente com a amostra normativa do ISP, se sentem mais competentes no seu papel parental (Sentido de Competência) e mais vinculadas aos seus filhos (Vinculação), tendendo também a sentir-se menos deprimidas (Depressão). Estes dados não corroboram as conclusões do estudo de Mash e Johnston (1983b) em que é referido o fenómeno inverso, isto é, as mães de crianças com PHDA sentem-se menos competentes, menos vinculadas aos seus filhos e mais deprimidas. Pode colocar-se a hipótese de que estas subescalas correspondam a áreas de grande dificuldade para as mães da amostra do presente estudo, e que, por este facto, elas tendam a recorrer ao mecanismo de defesa da negação, recusando o confronto com estas dificuldades.

A análise em função do sexo da criança revelou que, de acordo com o que era expectável (Hipótese 3), as mães das crianças do sexo feminino, em relação às mães das crianças de sexo masculino, experimentam níveis de *stress* mais elevados, decorrendo este de características relacionadas com a criança. Com efeito, as mães consideram que as raparigas, comparativamente com os rapazes, são mais agitadas e permeáveis à distração (Hiperactividade/Distração) e colocam mais exigências (de cuidado e atenção) do que as mães esperavam (Exigência). Este resultado é congruente com o estudo de Fossum, et al. (2007) no qual se verifica que as mães de crianças do sexo feminino, comparativamente com as mães de crianças do sexo masculino, experimentam níveis de *stress* mais elevados, mas este está associado principalmente às características relativas à figura parental. Pode colocar-se a hipótese de que, não obstante os rapazes tenderem a exibir mais comportamentos externalizados do que as raparigas (Lumley, McNeil, Herschell, & Bahl, 2002), as mães percepcionem os comportamentos de forma mais negativa quando eles ocorrem nas crianças do sexo feminino (ver Maniadaki, Sonuga-Barke, Kakouros, & Karaba, 2005). Por outras palavras, as mães podem ter expectativas diferentes face aos rapazes e raparigas, isto é, a percepção das mães face às raparigas poderá ser mais negativa mesmo que os comportamentos disruptivos sejam em menor número. O facto do limiar de tolerância das mães ser potencialmente mais reduzido em relação às meninas poderá levar a que as mães tendam a monitorizar de forma mais intensa o seu comportamento, por exemplo,



repreendendo-as mais frequentemente ou sentindo-as como mais exigentes, o que constituiria uma explicação possível para os níveis de *stress* nas mães das meninas serem mais elevados nas duas subescalas referidas (Hiperactividade/Distracção e Exigência).

Por sua vez, na análise do ISP em função da idade da criança os resultados mostram que, tal como se previa (Hipótese 5), não existem diferenças significativas nos níveis de *stress* experimentado pelas mães das crianças dos vários grupos de idade (G1: 7 – 8 anos, G2: 9 – 10 anos, G3: 11 – 12 anos), no que se refere quer ao Domínio da Criança, quer ao Domínio dos Pais. Porém, uma análise ao nível das subescalas mostra que as mães do G2 (9-10 anos) e as do G3 (11-12 anos), comparativamente com as mães do G1 (7-8 anos), consideram, de forma mais intensa, que os seus filhos não constituem uma fonte de reforço positivo na interacção com elas (Reforço aos Pais). Este resultado poderá relacionar-se com o facto de nas famílias de crianças mais velhas (com uma maior duração do contacto com o problema) se ter eventualmente instalado um círculo vicioso de interacções negativas entre a mãe e a criança, e que tal tenha contribuído para aumentar o nível de *stress* ao longo do tempo.

### **6.1.2 Práticas Parentais**

As mães das crianças com um diagnóstico de PHDA, comparativamente com a amostra do estudo de adaptação portuguesa do EMBU-P, não recorrem mais a comportamentos de hostilidade e agressividade, quer verbal quer física, em relação aos filhos (Rejeição), o que é contrário ao esperado (Hipótese 2). É possível que as mães tenham respondido de forma defensiva, tendo dificuldade ou receio em admitir que ralham, batem ou repreendem os filhos. Por outro lado, o resultado obtido pode estar relacionado com o facto de as mães de crianças em idade escolar tenderem a utilizar estratégias diferentes para lidar com os filhos, recorrendo cada vez menos a práticas punitivas de cariz físico e optando antes por retirar privilégios ou apelar ao sentimento de culpabilidade (e.g., Collins et al., 2002). O instrumento utilizado para estudar as práticas educativas no presente estudo não permite discriminar estes diferentes comportamentos parentais, o que pode constituir-se como factor explicativo para a inexistência de diferenças significativas a este nível.

Constatou-se, no entanto, que as mães do grupo PHDA se mostram significativamente menos controladoras e exigentes em relação à criança (Tentativa de Controlo). Este dado não coincide com os resultados do estudo de Woodward et al. (1998) indicativos de que as mães tendem a controlar com maior intensidade o comportamento das crianças com diagnóstico de hiperactividade. Contudo, o resultado pode ser analisado à luz do conteúdo dos itens que

compõem a escala Tentativa de Controlo, que remete não tanto para um controlo do comportamento propriamente dito, mas antes para um controlo psicológico. Este conceito, desenvolvido por Schaefer (1965b), inclui os comportamentos parentais que se revelam intrusivos e que visam a manipulação dos pensamentos e sentimentos das crianças, e a vinculação aos pais. Assim, as mães do grupo PHDA podem, por hipótese, permitir uma maior autonomia psicológica aos seus filhos do que os pais da amostra de adaptação portuguesa do EMBU-P. O resultado pode dever-se a um desinvestimento em relação à criança possivelmente decorrente das vicissitudes associadas ao problema. Este é um aspecto importante a considerar na medida em que se pode constituir como um sinal de perturbação da vinculação mãe-filho que, por sua vez, tem consequências importantes no desenvolvimento da criança.

No que respeita à análise em função do sexo da criança, de acordo com o esperado (Hipótese 4), as práticas parentais utilizadas pelas mães das meninas e pelas mães dos meninos são semelhantes, não se verificando diferenças significativas no que respeita ao recurso a comportamentos verbal ou fisicamente agressivos (Rejeição), ao controlo em relação à criança (Tentativa de Controlo) e ao apoio emocional (Suporte Emocional). Os resultados são concordantes com os obtidos por Fossum et al. (2007), tendo estes igualmente verificado que as práticas parentais às quais recorrem as mães de crianças de sexo feminino não diferem significativamente daquelas utilizadas pelas mães de crianças de sexo masculino. É interessante salientar que, nos estudos dirigidos para crianças sem perturbações de desenvolvimento, existem diferenças ao nível das práticas parentais consoante o sexo da criança, designadamente no que diz respeito aos comportamentos agressivos e hostis, quer físicos quer verbais (Rejeição), sendo eles mais frequentemente dirigidos para os meninos do que para as meninas (ver Canavarro & Pereira, no prelo). Por outro lado, apesar de geralmente as crianças do sexo masculino exibirem um comportamento mais difícil do que as do sexo feminino, as mães da amostra do presente estudo poderão percepcionar os comportamentos das meninas de modo mais negativo (na linha da hipótese antes avançada) pelo que tenderão a reagir de forma mais brusca. Neste sentido, é possível que nas famílias de crianças com PHDA as mães tendam a recorrer a práticas educativas mais hostis em relação às suas filhas, deixando de haver diferenças face aos rapazes.

Finalmente, de acordo com o que era esperado (Hipótese 6) os resultados obtidos referentes à análise em função da idade da criança mostram que as práticas parentais utilizadas pelas mães das crianças dos três grupos de idades (7-8 anos; 9-10 anos; e 11-12 anos) não se distinguem significativamente. Como se sabe, o desenvolvimento infantil é

subdividido em diferentes fases em função das características maturativas das crianças (primeira infância, idade pré-escolar, idade escolar e adolescência) (Collins et al., 2002), implicando cada um destes períodos o desenvolvimento de capacidades específicas e o confronto com dificuldades que se poderiam designar como “típicas da idade” (Idem). É, por este motivo, necessária uma adaptação da forma como as figuras parentais lidam com os filhos consoante a fase em que elas se encontram (Idem). Assim, é provável que sejam mais evidentes diferenças nas práticas educativas quando se comparam as diferentes fases de desenvolvimento entre si e não tanto quando a comparação é realizada em função de idades correspondentes a um mesmo período de desenvolvimento (Idem).

## **6.2 Percepção das Mães em Relação a Áreas Específicas: Problema da Criança, Desenvolvimento, Comportamento, Aproveitamento Escolar e Relação com os Pares**

No que respeita à percepção das mães face a áreas específicas, destaca-se que, relativamente ao diagnóstico de PHDA, 30.0% referem que teve dificuldade em lidar com ele, mas actualmente apenas 6.6% das mães referem lidar de forma negativa com o problema da criança, parecendo ter havido uma adaptação positiva ao problema para a maioria das mães. É possível que, ao longo do tempo, as mães compreendam melhor os comportamentos de agitação e desatenção da criança pelo facto de conseguirem identificar uma causa (a PHDA), permitindo uma redução da preocupação e da frustração perante os mesmos. Por outras palavras, é provável que muitas mães achem que os filhos não são responsáveis pelos seus comportamentos negativos, atribuindo-os à perturbação e tornando-se mais tolerantes. Finalmente, a adaptação positiva das mães poderá dever-se ao facto da criança tomar medicação (a maioria das crianças recorre à terapia farmacológica), e haver, devido a esta, uma potencial melhoria dos sintomas da PHDA. Salienta-se também que mais de metade das mães (60%) menciona que o desenvolvimento da criança decorreu de acordo com o esperado, existindo cerca de um quarto (26.7%) a achar que esse desenvolvimento é abaixo do normal e quatro mães que o consideram acima do normal (num caso até muito acima). Tendo por base a ideia de que há uma tendência para se verificar um atraso ao nível do desenvolvimento nas crianças com PHDA (Barkley, 2002), e não obstante o desenvolvimento da criança não ter sido avaliado, pode colocar-se a hipótese de que, por um lado, as mães tenham dificuldade em reconhecer que os filhos se desenvolveram a um ritmo mais lento em relação às crianças da sua idade e, por outro, que elas tenham dificuldade em reconhecer o que é um atraso no desenvolvimento. Em relação ao comportamento, metade das mães acha que o

comportamento da criança é “um pouco difícil”, sendo para 36.7% “difícil” (26.7%) ou “muito difícil” (10%). Não obstante a maioria das mães entender que lida melhor com a PHDA no momento actual, uma percentagem importante identifica alguma dificuldade no manejo do comportamento da criança em geral, pelo que esta pode configurar-se como uma área a merecer atenção. A maioria das mães aponta que o aproveitamento escolar das crianças é Médio (40%) ou Bom (13.3%) / Muito Bom (23.3%), parecendo existir dificuldades apenas para 7 crianças (23.3%). Não obstante na literatura se referir que é frequente a existência de dificuldades escolares nestas crianças (Barkley, 2002), no presente estudo menos de um quarto das mães salienta a existência de dificuldades nessa área. Este resultado poderá corresponder à realidade, mas mais uma vez, é pertinente supor que as mães tendam a negar as dificuldades dos filhos. O resultado poderá ainda dever-se ao facto das mães terem adaptado as suas expectativas em relação ao desempenho escolar dos filhos, podendo considerar, por exemplo, que tem havido uma boa evolução. Por último, apenas 13.3% das mães referem que o relacionamento da criança com os pares é negativo, tendendo a maioria a achar que a criança se relaciona Bem (46.7%) ou Muito Bem (20%) com os companheiros. Dos estudos empíricos decorre que as crianças com PHDA têm maior dificuldade em relacionar-se com os pares (por exemplo, tendem a ser mais conflituosas) (Idem). O resultado do presente estudo identifica dificuldades nesta área num número reduzido de crianças podendo dar-se o caso de a maioria das mães não reconhecer adequadamente essas potenciais dificuldades, ou que não dispõe de informação objectiva pelo facto de as crianças não transmitirem aos pais que têm dificuldade em relacionar-se com os companheiros.

### **6.3 Relação entre o Funcionamento Parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais) e Variáveis Relativas ao Problema, à Criança e à Mãe (Percepção das Mães em Diferentes Áreas e Variáveis Sócio-demográficas)**

#### **6.3.1 Relação com o *Stress* Parental**

Começando pela análise da relação entre o *Stress* Parental (Domínios e subescalas do ISP) e as variáveis relativas ao problema, verificou-se que as mães das crianças com um diagnóstico de PHDA Tipo Misto se sentem menos vinculadas aos seus filhos (Vinculação) e mais deprimidas (Depressão). De facto, as características sintomáticas das crianças diferem consoante o tipo de PHDA, sendo que no caso do Tipo Misto estão em causa não apenas dificuldades ao nível da atenção, mas também ao nível do comportamento. Como tal, a inquietude motora pode, por hipótese, ter um impacto maior nas interações mãe-filho na

medida em que as mães podem não a compreender, ter dificuldade em controlá-la e sentir-se esgotadas pelo comportamento inconstante exibido por estas crianças. Assim, pode supor-se que, destas dificuldades, decorre uma menor capacidade em se ligar emocionalmente a estes filhos e uma maior tendência para se sentir insatisfeita com as circunstâncias da sua vida e com o seu *self*. Salienta-se a importância do resultado obtido na subescala Vinculação pelo facto de ter um impacto no investimento emocional na criança, por parte da mãe, sendo que dificuldades na vinculação aos filhos e sentimentos depressivos na figura materna podem ter consequências nefastas no desenvolvimento da criança. Neste sentido, considera-se fundamental que no futuro se explore de uma forma mais exaustiva o efeito dos diferentes tipos de PHDA no *Stress Parental*.

Constatou-se ainda que as mães que têm conhecimento do diagnóstico há mais tempo consideram que os filhos têm características que não correspondem às suas expectativas (Aceitação) e que têm maior dificuldade em se adaptar a mudanças no seu meio físico e social (Maleabilidade de Adaptação). Estes resultados revelam-se surpreendentes tendo em conta o facto de as mães habitualmente tenderem a aceitar progressivamente melhor as características da perturbação da criança, o que parece também decorrer dos resultados definidos no ponto anterior já que a maioria das mães tem uma perspectiva positiva da forma como lida actualmente com o problema, captando-se que esta forma terá melhorado ao longo do tempo e, por isso, elas tendam a aceitá-lo melhor. É possível que seja o pequeno número de mães que lida pior com o problema a ter maior dificuldade em o aceitar ao longo do tempo, talvez até devido a características da criança como dificuldade de adaptação ao meio social e físico. Pode ainda supor-se que as figuras maternas possuem uma expectativa inicial de que vai haver uma evolução positiva considerável ao longo do tempo e que, ao não se verificar, aumente o fosso entre as fantasias criadas pela mãe acerca dos filhos e do seu desenvolvimento, e as características reais da criança. Adicionalmente, espera-se que, com o crescimento, as crianças sejam mais autónomas e desembaraçadas. No entanto, estas crianças apresentam, como já antes ser referiu, um défice na função executiva de reconstituição, tendendo as dificuldades em se adaptar a situações novas a persistir, e levando a que, de novo, a percepção das mães se possa dever a este aspecto.

No que respeita à análise da relação das subescalas e Domínios do ISP com as variáveis relativas ao funcionamento da criança, ocorreram algumas associações significativas com a Marcha, o Diagnóstico de Doença Física e o Número de Reprovações. Especificamente, constata-se que as mães das crianças do grupo PHDA que acham que elas começaram a andar mais tarde referem que as crianças colocam mais exigências do que as

mães esperavam (Exigência). As dificuldades na aprendizagem da marcha podem, por hipótese, ser decorrentes de problemas ao nível da coordenação motora, perturbação que co-existe frequentemente com a PHDA (Kadesjö & Gillberg, 2001). Por outras palavras, é possível que estas crianças apresentassem dificuldades motoras que condicionariam a aquisição de outras competências (que implicam a motricidade fina e grosseira) subjacentes a uma maior autonomia, podendo supor-se que requerem mais cuidados.

Verificou-se igualmente que as mães das crianças do grupo PHDA em que co-existe o diagnóstico de uma doença somática se sentem mais isoladas do ponto de vista social (Isolamento Social). Este dado é consonante com os estudos que constam da literatura e cujas conclusões indicam que as mães das crianças com uma doença física crónica tendem a sentir-se mais isoladas (e.g., Santos, 2002). Deste modo, a PHDA parece, por si só, não contribuir significativamente para um nível mais elevado de *stress* decorrente de isolamento social, sendo este principalmente influenciado pela presença adicional de uma doença física.

Observou-se ainda que as mães das crianças que reprovaram um maior número de vezes sentem mais dificuldade em aceitar características específicas dos filhos (Aceitação) e não consideram a criança como uma fonte de reforço positivo na interação com elas (Reforço aos Pais). Pode supor-se que as mães esperam dos filhos um bom desempenho escolar, pelo que, quando se deparam com o facto de eles apresentarem dificuldades importantes, a desilusão seja grande. Com efeito, o insucesso escolar pode provocar uma ferida narcísica na mãe, que evita culpabilizar-se e prefere negar um potencial sentimento de incompetência, tendendo a colocar a responsabilidade na criança e não se sentindo por ela reforçada.

Passando agora à discussão dos resultados referentes à análise da relação entre a percepção das mães face a diferentes áreas da vida da criança e as subescalas do ISP, verificou-se, em primeiro lugar, que as mães que lidaram de uma forma mais negativa com o diagnóstico de PHDA se sentem menos competentes no seu papel parental (Sentido de Competência). Pode, por hipótese, surgir um sentimento de culpa na figura materna perante o facto da criança ter uma PHDA que a leva a colocar em causa o seu papel parental, sentindo que a responsabilidade da criança ter esta perturbação advém de falhas ou erros na educação da criança. Constatou-se também que as mães que têm maior dificuldade em lidar com a PHDA referem que os seus filhos colocam mais exigências do que esperavam (Exigência), sendo provável que percepcionem todas as circunstâncias que envolvem a doença de uma forma mais negativa, designadamente no que respeita aos cuidados que as crianças requerem.

Foi igualmente identificada uma associação entre as mães que assinalam ter dificuldade em lidar com o problema da criança e níveis mais altos de *stress* associados à sua saúde física (Saúde). Pode supor-se que as mães que têm dificuldade em desenvolver estratégias adequadas para lidar com as implicações da PHDA da criança, se sintam de tal forma cansadas e esgotadas que tal tenha como consequência a deterioração da sua saúde.

Constatou-se ainda a existência de uma associação entre a perspectiva das mães de que houve um atraso no desenvolvimento da criança e níveis mais elevados de *stress* decorrentes do facto dos filhos não se constituírem como uma fonte de reforço positivo na interacção com elas (Reforço aos Pais). Pode colocar-se a hipótese de que as mães que consideram que os filhos tiveram um atraso no desenvolvimento mantêm expectativas mais negativas em relação à criança, sentindo-se pouco reforçadas no seu papel parental.

Adicionalmente, verificou-se que uma percepção mais negativa do aproveitamento escolar da criança está associada não só a uma menor concordância entre as expectativas das mães sobre os filhos e as características dos filhos (Aceitação), como à perspectiva de que a vida das mães é controlada pelas necessidades destes (Restrição do Papel) e com o sentir-se menos competente no desempenho do seu papel parental (Sentido de Competência). Estes resultados vêm reforçar a ideia de que as dificuldades de aprendizagem têm um impacto não apenas na aceitação da mãe em relação à criança, mas ainda na forma como a mãe se percebe a si própria. É possível que as dificuldades escolares da criança exijam muito apoio e energia quer física, quer psicológica por parte das mães, tendo a figura materna de adaptar as suas rotinas diárias às necessidades da criança. Este aspecto pode levar a um sentimento de opressão decorrente do seu papel parental. Para além disso, os esforços realizados pelas mães podem não surtir um efeito positivo no desempenho da criança na escola, podendo sentir que estes esforços não são suficientes e colocar em causa as suas capacidades no que respeita à sua educação.

Finalmente, face às variáveis sócio-demográficas não se observaram relações significativas com os Domínios e subescalas do ISP. Como tal, neste estudo a classe social das mães, bem como o número de filhos parecem não influenciar o seu nível de *stress*. No estudo realizado por Baldwin et al. (1995), em que foi utilizado um outro instrumento para avaliar o *stress* parental, verificou-se que os factores financeiros eram responsáveis por uma percentagem considerável da variância. No presente estudo, este factor não foi avaliado de forma específica, ainda que ele possa estar associado à classe social, pelo que em estudos futuros seria interessante poder contemplá-lo.

### 6.3.2 Relação com as Práticas Parentais

Passando agora à análise da relação entre as Práticas Educativas e as variáveis associadas ao problema verifica-se que as mães do grupo PHDA se mostram mais controladoras com as crianças que não tomam medicação (Tentativa de Controlo). As características sintomáticas das crianças que não recorrem à terapia farmacológica são mais acentuadas do que as daquelas que tomam a medicação. Neste sentido, é provável que elas necessitem de uma maior monitorização e controlo no seu quotidiano, por parte da figura materna. Este dado é interessante na medida em que permite mostrar que a medicação pode ter um impacto positivo no funcionamento da criança, promovendo uma melhor interacção mãe-filho, o que poderá levar as mães a recorrer a práticas parentais menos negativas.

No que respeita à análise da relação entre as Práticas Parentais e as variáveis relativas à criança, observa-se que as mães das crianças que reprovaram um maior número de vezes se mostram menos disponíveis para a criança e exprimem menos o seu apoio afectivo (Suporte Emocional). As dificuldades de aprendizagem surgem, de novo, como tendo um impacto importante na forma como as mães lidam com a criança. Com efeito, é provável que a decepção provocada pelas dificuldades da criança na escola tenha como consequência um desinvestimento por parte da figura materna face a ela, tendendo a mãe a não exprimir os afectos positivos em relação à criança.

No que se refere à relação entre a percepção das mães relativamente a diferentes áreas da vida da criança e as Práticas Parentais, foi apenas encontrada uma associação significativa entre uma percepção mais negativa do comportamento da criança e práticas educativas mais hostis e agressivas (Rejeição). Este resultado é concordante com o mencionado por alguns autores, os quais verificam que as mães das crianças que apresentam um comportamento mais difícil tendem a mostrar-se mais agressivas com os filhos, quer física quer verbalmente (Lifford, Harold, & Thapar, 2008).

Por último, é de realçar ainda que a análise da associação entre as Práticas Parentais e as variáveis sócio-demográficas mostra que as mães de classe social mais baixa são mais controladoras em relação à criança. Este resultado é consonante com estudos apresentados na literatura, realçando que as mães monitorizam os filhos de forma mais intensa e tendem a censurá-los mais frequentemente com o objectivo de os proteger (ver Kotchick & Forehand, 2002).

Na sequência do conteúdo do ponto 6.3 pode considerar-se que a hipótese geral colocada (Hipótese 7), a qual previa que em cada um dos grupos de variáveis definidos (do



problema da criança e da mãe) pelo menos uma variável em cada um deles se relacionaria com dimensões do funcionamento parental (*Stress* Parental e Práticas Parentais), o que aconteceu.

#### 6.4 Relação entre o *Stress* Parental e as Práticas Parentais

Passar-se-á agora à análise da relação entre o *Stress* Parental e as Práticas Parentais. Os resultados mostram que níveis mais elevados de *stress* (relacionados com as características da criança) estão associados a práticas parentais mais negativas (Rejeição), o que vai ao encontro do esperado (Hipótese 8). Estes resultados são consentâneos com os obtidos noutros estudos, realizados não com mães de crianças com PHDA, mas com mães de crianças com problemas de comportamento (Anthony, et al., 2005; Blader, 2006; Deater-Deckard, *in press*).

Especificamente, verifica-se que as mães que percebem a criança como tendo características que não correspondem às suas expectativas (Aceitação) e como sendo mais exigentes do que elas esperavam nos cuidados e na atenção que requerem (Exigência), recorrem a práticas parentais mais hostis e agressivas (Rejeição). Consta-se ainda que níveis mais elevados de *stress* decorrentes do facto de as mães sentirem dificuldades na vinculação à criança (Vinculação) e de considerarem que houve uma deterioração da sua saúde se associam a uma maior hostilidade e agressividade materna (Rejeição). Parecem, portanto, surgir dois factores principais geradores de *stress* que têm um impacto negativo na forma como a mãe lida com a criança: um predominantemente relacionado com a ligação emocional da mãe à criança, e outro principalmente relacionado com as necessidades da criança, em particular, com o impacto das exigências adicionais colocadas pela criança devido à PHDA.

Sobressai ainda que as mães que se sentem mais reforçadas pela criança no seu papel parental (Reforço aos Pais) e que parecem aceitar melhor as características da criança (Aceitação), exprimem mais o seu apoio afectivo, quer verbal quer fisicamente (Suporte Emocional). Assim, as mães aparentam recorrer a práticas educativas positivas quando aceitam as características da criança e acham que ela reconhece o seu esforço, levando a que as relações mãe-criança sejam positivas. Poder-se-á colocar a hipótese que, desta forma, existirá uma “aceitação recíproca” a qual é susceptível de se constituir como promotora de uma relação mãe-filho que reduz os níveis de *stress* e estimula a adopção de práticas parentais mais positivas.

## CONCLUSÃO

---

Neste ponto apresentam-se as conclusões do presente estudo, sintetizando-se os principais resultados obtidos. Serão ainda salientadas algumas limitações do presente trabalho e apontadas pistas para estudos futuros.

De uma forma geral, os resultados obtidos corroboram os mencionados na literatura, indicando que as mães de crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) experimentam níveis de stress mais elevados e recorrem a práticas parentais mais negativas. No que se refere ao Stress Parental, verificou-se que, tal como era esperado, as mães de crianças diagnosticadas com PHDA, comparativamente com a amostra normativa do instrumento que avalia esta dimensão (Índice de Stress Parental – ISP), experimentam níveis de stress mais elevados decorrentes das características das crianças (estão em causa especificamente as subescalas Hiperactividade/Distracção, Exigência e Aceitação, com resultados significativos, e as subescalas Humor e Maleabilidade de Adaptação, com resultados marginalmente significativos). Em relação às características dos pais, verifica-se o fenómeno inverso, isto é, níveis de stress mais baixos nas mães das crianças com PHDA, comparativamente com a amostra normativa do ISP (especificamente as subescalas Sentido de Competência e Vinculação com resultados significativos e Depressão com um resultado marginalmente significativo). Salienta-se ainda que foram encontradas diferenças em função do sexo da criança, tendo as mães das raparigas, comparativamente com as mães dos rapazes, níveis mais elevados de stress, para ele contribuindo as características da criança (obtiveram-se resultados significativos para as subescalas Hiperactividade/Distracção e Exigência). Os resultados mostram igualmente que, de acordo com o esperado, não se encontraram diferenças nos níveis de stress parental em função da idade da criança (Grupos: 7 - 8 anos, 9 - 10 anos, 11 - 12 anos) no que se refere às características da criança (Domínio da Criança) ou às características dos pais (Domínio dos Pais). Apesar disto, a subescala Reforço aos Pais diferenciou os grupos, sentindo-se as mães das crianças mais velhas (Grupos 9 - 10 anos e 11 - 12 anos), comparativamente com as das mais novas (7 - 8 anos), menos reforçadas no seu papel parental.

Relativamente às Práticas Parentais, as mães das crianças com PHDA, comparativamente com as da amostra do estudo da adaptação do EMBU-P, tendem a ser menos controladoras e exigentes em relação à criança (Tentativa de Controlo). Verifica-se

ainda que, conforme o esperado, não foram encontradas diferenças nas práticas das mães de crianças com PHDA em função do sexo ou da idade da criança.

No que diz respeito à percepção das mães em relação a áreas específicas, constatou-se que ela é maioritariamente positiva face ao modo como a mãe tem lidado com o problema, e relativamente ao desenvolvimento da criança, ao seu aproveitamento escolar e à relação com os pares, existindo, no entanto, uma percentagem importante a achar que a gestão do comportamento da criança suscita algumas dificuldades, para além de ser também relevante que quase um quarto das mães entenda que o aproveitamento escolar da criança é fraco, não obstante, como antes se referiu, a maioria ter uma perspectiva favorável deste.

Passando agora à relação quer do Stress Parental, quer das Práticas Parentais com variáveis específicas, realça-se que algumas das variáveis relativas ao problema (Tempo Decorrido desde o Diagnóstico), à criança (Marcha e Número de Reprovações) e à mãe (percepção do Aproveitamento Escolar) se associam com níveis mais elevados de stress em áreas que remetem para características da criança, e que áreas de stress decorrentes de características dos pais também se associam com aquele tipo de variáveis, isto é, com variáveis do problema (Tipo de PHDA), da criança (co-existência do diagnóstico de Doença Física) e da mãe (percepção da Forma como Lidou com o Diagnóstico, da Forma como Lida com o Problema e do Aproveitamento Escolar).

Relativamente às associações encontradas entre as Práticas Parentais e aqueles três tipos de variáveis (problema, criança, mãe), destaca-se que as mães mais controladoras (Tentativa de Controlo) são aquelas que pertencem a uma classe social mais baixa e cujos filhos não tomam medicação; as que recorrem a práticas educativas mais hostis e agressivas (Rejeição) percebem o comportamento da criança como sendo mais difícil; e as mães que exprimem menos o seu apoio afectivo (Suporte Emocional) são aquelas cujos filhos reprovaram um maior número de vezes.

Por último, observou-se que ocorreu uma relação entre o Stress Parental e as Práticas Parentais, de tal forma que níveis mais elevados de stress parental se associam a práticas mais negativas (Rejeição). Sobressaiu também que níveis mais baixos de stress parental se associam a práticas de apoio emocional (Suporte Emocional). Este último resultado é interessante, sugerindo que a diminuição do stress parental, para além de poder reduzir a probabilidade de as mães das crianças com PHDA recorrerem a práticas parentais mais negativas, poderá promover a utilização de práticas parentais positivas, tendo um efeito potencial de protecção.

Em termos de cômputo final, das oito hipóteses colocadas, apenas não se verificou uma delas (Hipótese 2).

No geral, os resultados obtidos chamam a atenção para o facto de, na prática clínica em contexto pediátrico, se dever atender não apenas às necessidades das crianças, mas também às necessidades das mães, e proporcionar-lhes um apoio mais personalizado. Seria benéfico o ensino de estratégias que lhes permita lidar melhor com a situação e com a criança em diferentes contextos. A este propósito, deveria ser facultada informação específica para que as mães compreendam como adaptar as suas expectativas às capacidades reais da criança (isto é, fazer o luto da criança imaginária) e entendam, em alguns casos, a importância da medicação, sendo ainda apropriado o ensino de estratégias simples para que trabalhem melhor com os seus filhos no âmbito das tarefas escolares (por exemplo, fazer vários intervalos entre as actividades propostas). Relativamente ao Stress Parental, os dados obtidos fornecem informação útil para os técnicos, do ponto de vista da avaliação e da intervenção, alertando para áreas de stress que podem ser potencialmente mais críticas. Na sequência dos resultados obtidos sobressai também que as práticas parentais das mães de crianças com PHDA são uma dimensão a carecer de atenção no contexto clínico, devendo a intervenção dirigir-se para a promoção de práticas parentais positivas, designadamente através de programas para melhorar as competências parentais. Por último, mencione-se que algumas das mães das crianças com PHDA poderiam beneficiar da inclusão em grupos de apoio, os quais são úteis do ponto de vista da troca de experiências e da partilha de emoções, para além da possibilidade que eles facultam de obtenção de informação, nalguns casos antecipatória.

No que se refere às limitações do presente estudo, realça-se o facto de ele ser de natureza correlacional, não permitindo, portanto, estabelecer relações causa-efeito, designadamente compreender se é o stress parental que tem um impacto nas práticas parentais ou o contrário. Acresce que a reduzida dimensão da amostra também limita a generalização das conclusões. Constitui igualmente uma limitação a recolha ter sido efectuada num único local e por um única investigadora, a autora do estudo. Adicionalmente, o facto de se ter utilizado o procedimento de aplicação em que era a entrevistadora a ler os itens e a anotar as respostas das mães poderá ter contribuído para uma maior defensividade por parte destas, não obstante com a adopção deste procedimento se ter procurado atender às limitações de leitura e de compreensão de muitas das mães. Mencione-se ainda que as amostras de comparação a que se recorreu – amostras dos estudos de adaptação dos instrumentos utilizados (Índice de Stress Parental e EMBU-P) – são distintas da amostra em estudo sob vários aspectos,

designadamente na dimensão e em algumas características sócio-demográficas, pelo que teria sido mais adequado o recurso a um grupo de controlo.

Por fim, uma menção a estudos futuros. Seria pertinente que em novos estudos se considerasse os subtipos da PHDA (com amostras independentes) na medida em que cada um deles apresenta características sintomáticas específicas, sendo importante determinar se esta especificidade terá tradução nas dimensões estudadas. Seria igualmente adequado comparar amostras de mães e de pais com vista ao estudo da potencial influência do género quer no stress parental, quer nas práticas, uma vez que há insuficiência deste tipo de estudo em Portugal. Estudos futuros deverão também contemplar a influência de variáveis sócio-demográficas (por exemplo, o sexo da criança) dado que a sua análise tem sido parcamente investigada. A realização de estudos longitudinais permitiria analisar a evolução das percepções sobre o stress parental e as práticas, e o que contribui para a sua eventual alteração ao longo do tempo. Por último, seria igualmente importante explorar (quer com a amostra do presente estudo, quer com nova amostra de maior dimensão) o papel moderador *versus* mediador de variáveis associadas com a PHDA na relação entre o stress parental e as práticas parentais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 298-301.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.
- Abidin, R. R., & Santos, S. V. (2003). *Índice de Stress Parental – Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda. (Obra original publicada em 1983)
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2000)
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschooler social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14, 133-154.
- Baker, D. B. (1994). Parenting stress and ADHD: A comparison of mothers and fathers. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 2, 1-10.
- Baldwin, K., Brown, R. T., & Milan, M. A. (1995). Predictors of stress in caregivers of attention deficit hyperactivity disorder children. *The American Journal of Family Therapy*, 23, 149-159.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 75-143). New York: Guilford Press.

- Barkley, R. A., Breen, M. J. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having Attention Deficit Disorder With Hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Barkley, R. A., Cook, E. H., Dulcan, M., Campbell, S., Prior, M., Atkins, M., et al. (2002). Consensus Statement on ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 96-98.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns in parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 1-102.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Berger, M. (2001). *A criança instável*. (M. M. Fernandes, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1999)
- Blader, J. C. (2006). Which family factors predict children's externalizing behavior following discharge from psychiatric inpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1133-1142.
- Bugalho, P., Correa, B., & Viana-Baptista, M. (2006). Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais: Bases científicas e modelos de estudo. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 257-268.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (no prelo). A avaliação dos estilos educativos na perspectiva dos pais: A versão portuguesa do EMBU. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*.
- Carné, S. (2002). Os envelopes psíquicos e a clínica psicomotora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 9-27.
- Castro, L., Pablo, J., Gómez, J., Arrindell, W. A. & Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: A new form of the EMBU. *Soc. Psychiatry Psychia. Epidemiol.*, 32, 230-235.

- Chronis, A. M., Pelham, W. E., Baumann, B. L., Kipp, H., Lahey, B. B., Williams, S. H., & Jones, H. A. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Developmental Psychology*, 43, 70-82.
- Collins, W. A., Madsen, S. D., & Susman-Stillman, A. (2002). Parenting during middle childhood. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2<sup>nd</sup> ed., Vol.1, pp. 73-101). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61, 1628-1637.
- Crnic, K. A., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2<sup>nd</sup> ed., Vol.5, pp. 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332.
- Deater-Deckard, K. (*in press*). Parenting the genotype. In K. McCartney & R. Weingerg (Eds.), *Festschrift for Sandra Scarr* (pp.1-27). London: Taylor and Francis. Retirado em 21 de Janeiro de 2008 de <http://kirbydd.googlepages.com/InPressChapterD-D.pdf>
- Dieudonné, V. (2004). Mal-educado ou irrequieto? Caso clínico de hiperactividade vs. alterações do comportamento, *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 81-89
- Ehrensaft, M. K., Wasserman, G. A., Verdelli, L., Greenwald, S., Miller, L. S., & Davies, M. (2003). Maternal antisocial behavior, parenting practices, and behavior problems in boys at risk for antisocial behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 27-40.



- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2007). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: Role of parenting and children's self-regulation. *Developmental Psychology*, 43, 1187-1201.
- Esdaile, S. A., & Greenwood, K. M. (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10, 115-126.
- Ethier, L. S., & Frenière, P. J. (1993). Le stress des mères monoparentales en relation avec l'agressivité de l'enfant d'âge préscolaire. *Journal International de Psychologie*, 28, 273-289.
- Fossum, S., Mørch, W. T., Handegard, B. H., & Drugli, M. B. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 375-382.
- Gadeyne, E., Ghesquière, P., & Onghena, P. (2004). Longitudinal relations between parenting and child adjustment in young children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 347-358.
- Gerdes, A. C., & Hoza, B. (2006). Maternal attributions, affect, and parenting in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and comparison families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 346-355.
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Rastam, H., et al. (2004). Co-existing disorders in ADHD – Implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 80-92.
- Goldschmidt, T. (2004). Resistir através do agir... Um caso clínico. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 73-79.
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A., & Friedman-Weieneth, J. L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children. Part III: Investigating differences in

- parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 125-136.
- Golse, B. (2004). Comment devons traiter l'hyperactivité avec déficit de l'attention. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 25-37.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courier*, 6, 455.
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81, 143-154.
- Gupta, V. B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 417-425.
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27, 149-160.
- Hart, C. H., Ladd, G. W., & Burleson, B. R. (1990). Children's expectations of the outcome of social strategies: Relations with sociometric status and maternal disciplinary styles. *Child Development*, 61, 127-137.
- Hung, J. W., Wu, Y. H., & Yeh, C. H. (2004). Comparing stress levels of children with cancer and parents of children with physical disabilities. *Psycho-Oncology*, 13, 898-903.
- Hurt, E. A., Hoza, B., & Pelham, W. E. (2007). Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 543-555.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.

- Kadesjö, B., & Gillberg, C. (2001) The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-492.
- Kaufman, D., Gesten, E., Santa Lucia, R. C., Salcedo, O., Rendina-Gobioff, G., & Gadd, R. (2000). The relationship between parenting style and children's adjustment: The parents' perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 231-245.
- King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 99, 1548-1559.
- Kotchick, B. A., & Forehand, R. (2002). Putting parenting in perspective: A discussion of the contextual factors that shape parenting practices. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 255-269.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 285-296.
- Lindahl, K. M. (1998). Family process variables and children's disruptive behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 12, 420-436.
- Lobo, P. G. (2007). *João dos Santos – Ensinar-me a ler o mundo à minha volta*. Lisboa: Assirio e Alvim.
- Loeber, R., & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.

- Lumley, V. A., McNeil, C. B., Herschell, A. D., & Bahl, A. B. (2002). An examination of gender differences among young children with disruptive behaviour disorders. *Child Study Journal*, 32, 89-99.
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 51, 1-27.
- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., & Karaba, R. (2005). Maternal emotions and self-efficacy beliefs in relation to boys and girls with ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 245-263.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Crianças hiperactivas com défice de atenção (PHDA). In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção terapêutica em grupo de crianças e adolescentes* (pp.179-214). Lisboa: Trilhos.
- Marujo, H. A. (1997). As práticas parentais e o desenvolvimento socio-emocional: Propostas para uma optimização de recursos e de resultados. In M. Marchand, & H. Rebelo Pinto (Eds.), *Família – Contributos da Psicologia e das Ciências da Educação* (pp. 129-141). Lisboa: Educa.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983a). Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 91-99.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983b). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 86-99.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 313-328.

- Mayseless, O., Scharf, M., & Sholt, M. (2003). From authoritative parenting practices to an authoritarian context: Exploring the person-environment fit. *Journal of Research on Adolescence, 13*, 427-456.
- Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behavior and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 73-86.
- Moser, F., & Doreleijers, T. A. H. (2007). An explorative study of juvenile delinquents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Journal on Criminal Policy and Research, 5*, 67-81.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 12*, 171-183.
- O'Connor, T. G. (2002). Annotation: The effects of parenting reconsidered: Findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 555-572.
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 31*, 1-12.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, 41*, 432-444.
- Patterson, G. R., Dishion T. J., & Bank, L. (1984). Family Interaction: A process model of deviancy training. *Aggressive Behavior, 10*, 253-267.
- Patterson, G. R., & Fisher, P. A. (2002). Recent developments in our understanding of parenting: Bidirectional effects, causal models, and the search for parsimony. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2<sup>nd</sup> ed., Vol. 5, pp. 59-88). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Pettit, G. S., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (1993). Family interactions patterns and children's conduct problems at home and school: A longitudinal perspective. *School Psychology Review, 22*, 403-420.
- Reitman, D., & Gross, A. M. (1997). The relation of maternal child-rearing attitudes to delay of gratification among boys. *Child Study Journal, 27*, 279-302.
- Salgueiro, E. (2002). *Crianças irrequietas* (2<sup>a</sup> ed.). Lisboa: ISPA.
- Salgueiro, E. (2004). Revisitando a hiperactividade. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 20*, 25-37.
- Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 300-312.
- Santos, S. V. (2002). Características do *stress* parental em mães de crianças com Síndrome Nefrótico. *Análise Psicológica, 20*, 233-241.
- Santos, S. V. (2004). Índice de *Stress* Parental (PSI). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumento validados para a população portuguesa* (Vol. 2, pp.115-126). Coimbra: Quarteto.
- Schaefer, E. S. (1965a). Children's reports of parental behavior: An inventory. *Child Development, 36*, 413-424.
- Schaefer, E. S. (1965b). A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology, 29*, 552-557.
- Spratt, E. G., Saylor, C. F., & Macias, M. M. (2007). Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, & Health, 25*, 435-449.

- Steinberg, L., Elmen, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development, 60*, 1424-1436.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development, 63*, 1266-1281.
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Langlands, R., & Mouat, K. (2007). Family interactions of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies, 16*, 385-400.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 161-169.
- Woolfson, L., & Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health & Development, 32*, 177-184.

**ANEXO 1**

---

**FICHA DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO**



Número de caso: \_\_\_\_\_80

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***DADOS RELATIVOS À CRIANÇA***

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Tipo de PHDA: \_\_\_\_\_ Desde quando? \_\_\_\_\_

Medicação: ☐ Não

☐ Sim, especificar: \_\_\_\_\_ Desde quando? \_\_\_\_\_

Diagnóstico de outra perturbação do desenvolvimento:

☐ Não

☐ Sim, especificar: \_\_\_\_\_

Gravidez: ☐ Normal ☐ Com problemas (especificar: \_\_\_\_\_)

Parto Pré-termo: ☐ Não ☐ Sim (especificar o número de semanas: \_\_\_\_\_)

Tipo de parto: ☐ Normal ☐ Fórceps ☐ Cesariana

Idade relativamente a: Primeiras palavras: \_\_\_\_\_

Andar: \_\_\_\_\_

Controlo dos esfíncteres: Diurno: \_\_\_\_\_

Nocturno: \_\_\_\_\_

A criança frequentou: Ama: ☐ Não ☐ Sim

Creche: ☐ Não ☐ Sim

Jardim Infantil: ☐ Não ☐ Sim

Pré-primária: ☐ Não ☐ Sim

Ano de escolaridade que frequenta: \_\_\_\_\_ Reprovações: ☐ Não

☐ Sim, especificar o número: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de doença somática:

☐ Não

☐ Sim, especificar: \_\_\_\_\_ Desde Quando? \_\_\_\_\_

Internamentos: ☐ Não

☐ Sim, especificar: Número: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA FAMÍLIA***

Idade da mãe: \_\_\_\_\_

Idade do pai: \_\_\_\_\_

Escolaridade dos pais:

Mãe: ☐ 4 anos☐ 6 anos☐ 9 anos☐ 12 anos☐ Curso médio☐ Curso superiorPai: ☐ 4 anos☐ 6 anos☐ 9 anos☐ 12 anos☐ Curso médio☐ Curso superiorClasse Social: ☐ Baixa☐ Média Baixa☐ Média☐ Média Alta☐ AltaEstado civil do respondente (mãe): ☐ Casada/União de facto☐ Separada/Divorciada☐ Solteira☐ Viúva

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Posição da criança na fratria: \_\_\_\_\_

Membros da família que vivem em casa: \_\_\_\_\_

Tipo de família: ☐ Nuclear☐ Monoparental☐ Reconstruída☐ Alargada☐ Adoptiva

*As questões que se seguem remetem para o problema do/da seu/sua filho/filha e para a sua opinião sobre o funcionamento dele/dela em diferentes áreas.*

1. Como lidou com o diagnóstico do problema da criança?

- ☐ Muito bem
- ☐ Bem
- ☐ Nem bem nem mal
- ☐ Mal
- ☐ Muito mal

2. Como lida actualmente com o problema da criança?

- ☐ Muito mal
- ☐ Mal
- ☐ Nem bem nem mal
- ☐ Bem
- ☐ Muito bem

3. Centre-se agora no modo como tem decorrido o desenvolvimento da criança em geral.

Considera que este desenvolvimento tem sido:

- ☐ Muito acima do normal
- ☐ Acima do normal
- ☐ Normal
- ☐ Abaixo do normal
- ☐ Muito abaixo do normal

4. Pense no modo como a criança se comporta habitualmente. Considera que o comportamento dela é:

- ☐ MUITÍSSIMO difícil
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Um pouco difícil
- ☐ Nada difícil

Número de caso: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*As questões que se seguem focam o aproveitamento escolar da criança e a relação com os amigos.*

5. Considera que o aproveitamento escolar da criança é:

☐ Muito bom

☐ Bom

☐ Médio

☐ Mau

☐ Muito mau

6. Como considera que a criança se relaciona com os amigos?

☐ Muito mal

☐ Mal

☐ Nem bem nem mal

☐ Bem

☐ Muito bem

## **ANEXO 2**

---

### **QUADROS REFERENTES AOS RESULTADOS**

**Anexo 2.1**

ISP – Comparação dos Resultados em Função de Dois Grupos de Idade da Criança  
(Tendo em Conta as Idades das Crianças-alvo da Amostra Normativa)

	Média das ordens		U	p
	1	2		
Domínio da Criança	14.09	20.14	-1.59	n.s.
Domínio dos Pais	14.80	17.79	-.79	n.s.

1- Grupo 7 - 10 anos; 2- Grupo 11 e 12 anos

**Anexo 2.2**

EMBU-P – Comparação dos Resultados em Função da Idade da Criança (Tendo em Conta as Idades das Crianças-alvo da Amostra de Adaptação)

	Média das ordens		U	p
	1	2		
Suporte Emocional	16.45	13.60	-.84	n.s.
Rejeição	13.53	19.45	-1.74	n.s.
Tentativa de Controlo	15.00	16.50	-.44	n.s.

1- Grupo 8 - 11 anos; 2- Grupo 7 - 12 anos

**Anexo 2.3**

Correlações entre o Stress Parental (Domínios da Criança e dos Pais) e Variáveis Sócio-demográficas

	Classe Social	Número de filhos
Domínio da Criança	-.11	.32
Domínio dos Pais	-.19	.25

N = 30